



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E
GESTÃO EM SAÚDE**

Paula Kullmann dos Passos de Figueiredo

**Métodos de Reembolso Praticados nos Hospitais: Análise de Repercussões
Gerenciais na Adoção de Novos Métodos**

Porto Alegre

2020

Paula Kullmann dos Passos de Figueiredo

**Métodos de Reembolso Praticados nos Hospitais: Análise de Repercussões
Gerenciais na Adoção de Novos Métodos**

Dissertação no Programa de Mestrado Acadêmico em
Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre.

Orientador: Prof. Dr. Otávio Neves da Silva Bittencourt

Co-Orientador: Prof. Dr Mauro Mastella

Porto Alegre

2020

Paula Kullmann dos Passos de Figueiredo

Métodos de Reembolso Praticados nos Hospitais: Análise de Repercussões Gerenciais na Adoção de Novos Métodos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Otávio Neves da Silva Bittencourt

Co-orientador: Prof. Dr. Mauro Mastella

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.
Universidade

Prof. Dr.
Universidade

Prof. Dr.
Universidade

AGRADECIMENTOS

Após esses anos de mestrado gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais um sonho. Expresso aqui de maneira sincera, a contribuição que cada uma delas teve e ainda têm, nesta conquista, e minha mais profunda gratidão. Primeiro agradeço ao meu esposo Marcelo, pelo apoio desde o início, aos grandes auxílios que me deu, ao carinho e compreensão, ao ser privado da minha companhia, e principalmente pelos momentos que cuidou da nossa filhinha para que eu pudesse concluir a escrita da dissertação. Te amo muito.

Agradeço à minha filha, Marina, que chegou no meio do mestrado e me trouxe um grande motivo para querer ser uma pessoa melhor e um exemplo que ela possa um dia seguir.

Agradeço aos professores do PPG. Todos, de alguma forma, me inspiraram como ótimos mestres. Tanto ao compartilhar conhecimento como na troca de experiências que levarei comigo para sempre. Destaco ainda, o Prof. Dr Silvio Cazella, coordenador do nosso curso, que nunca mediu esforços para tornar o Programa de Pós-Graduação, cada vez melhor. Seu perfeccionismo é motivador. À querida Prof. Dra Mellina Terres, pela parceria em estudos paralelos, e por ser inspiração como mestre, pesquisadora e mãe. À também tão querida Prof. Dra Cláudia Libânio, pelos conselhos, pelas ajudas, palavras de apoio, meu carinho e admiração.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Dr Otávio Neves da Silva Bittencourt, pelo profissional que é. Obrigada por sua dedicação, que a fez, muitas vezes deixar de lado o descanso com sua família, para me orientar e me ajudar. Agradeço por ter acreditado e depositado a sua confiança em mim, desde o processo de seleção. Por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu co-orientador Prof. Dr. Mauro Mastella, sempre muito cirúrgico em suas considerações, que com certeza contribuíram muito para a construção do estudo.

RESUMO

Introdução: O aumento do custo dos cuidados de saúde é uma preocupação global permanente. Independentemente do nível de renda dos países, os gastos com saúde são representativos e o aumento projetado, pode ameaçar a viabilidade econômica das instituições de saúde caso nenhuma mudança ocorra. Preocupados com esse cenário, os órgãos responsáveis e formuladores de políticas no setor de saúde propuseram mudanças nas estruturas de pagamento dos hospitais como uma maneira de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir os custos.

Objetivo: Este estudo pretende levantar as repercussões na gestão de operadores de planos de saúde e prestadores de serviços para cada método de pagamento praticado no mercado da saúde.

Métodos: O método escolhido para o presente estudo foi a revisão sistemática de literatura, seguindo as recomendações do método PRISMA. A busca ocorreu nas bases de dados da Bireme, Web of Science e Scopus, com artigos publicados entre 2009 e 2018, totalizando 36 estudos incluídos. Dois revisores independentes rastrearam e analisaram cada etapa do estudo.

Resultados: O sistema Fee for Service, apesar de ser mais simples de implantar e aplicável a todas as modalidades de atendimento, fomenta os custos crescentes e a ineficiência no sistema de saúde. Os modelos prospectivos tem como principal vantagem a redução dos custos. Essa redução se dá essencialmente por uma melhor gestão dos recursos aplicados em cada episódio de tratamento e pelo aumento de eficiência. Porém, alguns métodos como a Capitação e o DRG precisam que a atualização dos códigos e os valores sejam revistos, além de considerar indicadores de qualidade na formação dos preços.

Conclusão: A revisão demonstrou que não existe um único método perfeito, as repercussões gerenciais descritas nos levam quais os fatores são importantes ao planejar um método de pagamento que melhor direcionem os gastos, promovendo a sustentabilidade dos serviços, sem incorrer em perdas de qualidade no cuidado oferecido aos pacientes.

Palavras-chave: métodos de pagamento. seguro de saúde. hospital. sistema de pagamento prospectivo. planos de pagamento por serviço.

ABSTRACT

Introduction: The rising cost of healthcare is an ongoing global concern. Regardless of the countries' income level, health spending is representative and the projected increase can threaten the economic viability of health institutions if no change occurs. Concerned about this scenario, the responsible entities and policy makers in the health sector have proposed changes to hospital payment structures as a way to improve the quality of health care and reduce costs.

Objective: This study intends to raise the repercussions on the management of health plan operators and service providers for each payment method practiced in the health market.

Methods: The method chosen for the present study was a systematic literature review, following the recommendations of the PRISMA method. A search took place in the databases of Bireme, Web of Science and Scopus, with articles published between 2009 and 2018, totaling 36 included studies. Two independent reviewers tracked and analyzed each step of the study.

Results: The Fee for Service system, despite being simpler to implement and applicable to all types of service promotes increasing costs and inefficiency in the health system. Prospective models have the main advantage of reducing costs. This reduction is essentially due to a better management of the resources applied in each episode of treatment and an increase in efficiency. However, some methods such as Capitation and DRG require the updating of codes and values to be revised, in addition to considering quality indicators in the formation of prices.

Conclusion: The review showed that there is not a single perfect method, the managerial repercussions described lead us to what factors are important when planning a payment method that best directs spending, promoting the sustainability of services, without incurring losses in quality of care offered to patients.

Keywords: *payment methods. insurance, health. hospital. prospective payment system. fee for service plans.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Elegibilidade dos estudos.....	36
Quadro 2 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para identificar e/ou selecionar estudos	38
Quadro 3 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para coletar dados	39
Quadro 4 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para sintetizar resultados.....	40
Quadro 5 - Riscos de viés relacionados aos métodos utilizados na RSL.....	41
Quadro 6 – Países sedes dos centros de estudos dos pesquisadores	48
Quadro 7 - Objetivo dos estudos: avaliar desempenho econômico entre os diferentes métodos de pagamento	58
Quadro 8 - Objetivo dos estudos: avaliar efeitos da mudança nos indicadores de qualidade e desempenho	62
Quadro 9 - Objetivo dos estudos: analisar mudança de comportamento dos provedores após mudança do método	65
Quadro 10 - Objetivo dos estudos: avaliar a motivação e a necessidade dos provedores para aderir a um novo método	67
Quadro 11 - Vantagens dos Métodos Retrospectivos de Pagamento.....	71
Quadro 12 - Desvantagens dos Métodos Retrospectivos de Pagamento	72
Quadro 13 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: DRG	76
Quadro 14 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Capitação....	82
Quadro 15 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Baseado em Valor/Performance	83
Quadro 16 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: DRG	87
Quadro 17 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Capitação	95
Quadro 18 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: P4P e Baseados em Valor	97
Quadro 19 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento retrospectivos	100
Quadro 20 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: DRG	103
Quadro 21 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: Capitação.....	107

Quadro 22 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: P4P e Baseado em Valor.....	109
Quadro 23 - Resumo dos fatores intervenientes - por tipo de método.....	114
Quadro 24 – Necessidades estruturais e de processos para adesão dos diferentes métodos	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise da Triangulação de Dados nos Estudos Primários.....	42
Tabela 2 - Número de Citações por Estudos	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática...	29
Figura 2 - Ligações entre os termos.....	56
Figura 3 - Relação de Autores e Coautores	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Método Retrospectivo	15
3.2 Métodos Prospectivos.....	17
3.3 Método de Remuneração do Sistema Público de Saúde no Brasil - SUS ...	23
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Caracterização e Delimitação da Pesquisa.....	26
4.1.1 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	27
4.2 Técnica e Instrumento de Coleta de Dados.....	29
4.3 Técnicas de Análise de Dados.....	30
4.4 Considerações Éticas	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5.1 Análise Crítica dos Estudos	33
5.1.1 APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DO MÉTODO PRISMA NA ANÁLISE DO CONTEÚDO	33
5.1.2 BIBLIOMETRIA	44
5.1.3 ANÁLISE DOS OBJETIVOS DOS ESTUDOS	58
5.2 Repercussões Gerenciais.....	69
5.2.1 VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS PRATICADOS ..	69
5.2.2 FATORES INTERVENIENTES	100
5.2.3 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DOS MÉTODOS DE PAGAMENTO	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICE A – CHECKLIST PRISMA.....	129
APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA.....	131

1 INTRODUÇÃO

O aumento do custo dos cuidados de saúde é uma preocupação global permanente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os gastos no setor somam 9,7% do produto interno bruto (PIB) do planeta, estimando-se o valor de US\$ 5,3 trilhões investidos. O Brasil segue a mesma tendência mundial, onde são investidos cerca de R\$ 74 bilhões, 9% do PIB nacional (WHO, 2015).

No Brasil, esta perspectiva de aumento de gastos se agrava com a projeção de que até 2050, haverá um crescimento na demanda devido ao envelhecimento da população, que deve atingir o mesmo perfil populacional de países europeus como a Itália (22,6%) (IBGE, 2018). Há uma relação forte e positiva entre a parcela de idosos na população e os gastos com saúde (medidos como proporção do PIB), ou seja, quanto maior a parcela de idosos na população, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda (ANAHP, 2017).

Independentemente do nível de renda dos países, os gastos com saúde são representativos, o aumento projetado, pode ameaçar a viabilidade econômica das instituições de saúde caso nenhuma mudança no cenário ocorra. O acesso à saúde pela população pode ficar mais restrito se os serviços não forem sustentáveis. Para contornar essa situação, algumas alternativas estão sendo postas em prática. De acordo com Mihailovic et al. (2016), o uso eficiente dos recursos, a alocação correta dos gastos e a reforma no sistema de pagamentos para os serviços de saúde são as principais ações para alcançarmos uma cobertura universal de saúde.

Os serviços em saúde prestados pelas instituições, possuem um preço e são remunerados por operadoras de planos de saúde. No segmento das operadoras incluem-se medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora, autogestão e sistemas públicos de saúde, esse último financiado pelo governo.

O método de reembolso tradicional adotado pelas operadoras na maioria das vezes, para remunerar o sistema de saúde e que prevalece no Brasil é o *Fee-for-Service* (FFS), ele se enquadra na categoria de pagamento retrospectivo. Nesse método o provedor é remunerado de acordo com os recursos empregados para o atendimento e tratamento de cada doente (SACKEY e AMPONSAH, 2017).

Este método contribui para o aumento dos gastos e a inflação dos custos hospitalares (ZHAO et al.,2018), pela forma com que é realizado o lançamento das

despesas. Nesse sistema, cada recurso ou insumo despendido no tratamento do paciente é cobrado e o reembolso acaba sendo volume dependente, incentivando assim possíveis tratamentos excessivos (MORENO-SERRA E WAGSTAFF, 2010).

De acordo com Zhao et al. (2018), o tratamento excessivo e a prescrição excessiva são amplamente responsáveis pela superprovisão de cuidados, ineficiência, inflação de custos, despesas com saúde incontroláveis e até mesmo uma erosão da ética médica. Como os provedores são pagos com base em serviços, no sistema de pagamento do FFS, os médicos são encorajados a maximizar sua renda, prescrevendo drogas e exames diagnósticos com maiores margens de lucro, levando em muitos casos à prestação de serviços desnecessários.

Preocupados com esse cenário, os órgãos responsáveis e formuladores de políticas no setor de saúde propuseram mudanças nas estruturas de pagamento dos hospitais como uma maneira de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir os custos (GREEN, 2014). Na literatura, segundo Reaven e Rosenbloom (2009), encontramos além do pagamento retrospectivo, já mencionado, há o método prospectivo.

Na categoria de pagamento prospectiva, os seguros de saúde remuneram a instituição de acordo com as características de um grupo de pacientes, os quais possuem um valor fixado previamente. Esse valor é fechado e, independente dos recursos utilizados para atender e tratar um determinado paciente, a receita é fixa (SOOD et al., 2017). Este modelo de pagamento é assim chamado pois há um parâmetro previsto de quanto será a despesa com saúde, antes que os procedimentos ocorram. Exemplos de modelos prospectivos são pagamentos por Capitação e pelo Diagnosis Related Group (DRG).

Estudos a respeito de ganhos econômicos e de eficiência relacionados ao setor da saúde descrevem cada método de pagamento existente, mas não realizam um comparativo entre eles (ANDOH-ADJEI et al., 2018 GRAY et al., 2018, QUENTIN et al., 2013). Geralmente, o foco das análises é sobre os impactos na qualidade assistencial prestada ao aderir cada modelo (JUNG et al., 2018), e as análises sobre as demais vantagens são escassas.

Este estudo tem o intuito de descrever as repercussões que a adoção de um método de pagamento ocasiona na gestão de operadores de planos de saúde e

prestadores de serviços, considerando as vantagens e desvantagens levantadas na literatura, e as variáveis que devem ser consideradas nessa mudança.

Tendo em vista esses aspectos, a questão norteadora desta pesquisa é: quais são as repercussões gerenciais para as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços para cada método de pagamento adotado?

Para responder essa questão, o tipo de estudo eleito foi o de revisão de literatura, já que pretendemos realizar o levantamento de estudos heterogêneos sobre o tema e fazer um estudo crítico do que foi publicado. O método sistemático pode conferir um tipo de estudo confiável, rigoroso e auditável.

Assim, este trabalho pretende apresentar uma contribuição para a discussão da sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro através da modernização dos modelos de remuneração de prestadores de serviços. Ele foi construído com a descrição das etapas metodológicas para construção da revisão, e com a discussão dos resultados, que contempla a análise crítica dos artigos primários e as repercussões gerenciais levantados na literatura.

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa possui objetivos que são divididos em gerais e específicos, apresentados a seguir.

2.1 Objetivo Geral

Levantar as repercussões na gestão de operadores de planos de saúde e prestadores de serviços para cada método de pagamento praticado no mercado da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

A seguir são apresentados os objetivos específicos desta pesquisa:

- Descrever os métodos de reembolso adotados no mercado da saúde;
- Realizar a análise crítica dos estudos, aplicando as recomendações da metodologia PRISMA;
- Analisar as vantagens e desvantagens dos métodos de pagamento descritos;
- Descrever as variáveis que impactam no processo de gestão das instituições e operadoras com a adoção dos diferentes métodos de pagamentos;
- Identificar as necessidades estruturais e de processos para implantação de cada método de pagamento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta compilação de dados pretende servir de base para comparações sobre qual modelo é o mais vantajoso de acordo com a realidade das instituições e quais as repercussões gerenciais ao adotar um novo método.

Ao revisar as práticas adotadas pelos hospitais ao redor do mundo, pretendemos induzir o setor saúde a buscar alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço, desde que os novos modelos assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiam exclusivamente na redução dos custos, pretendemos conhecer os pontos fortes e fracos de cada método, amparando assim a tomada de decisão dos gestores hospitalares e de operadoras de planos de saúde.

Ainda que adotemos denominações variadas, tais como: método ou política de pagamento, sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos, o modelo de remuneração é a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde (ex: Fee-for-Service; Capitação, Diagnosis Related Groups - DRG, Pagamento por Performance, etc.). Os prestadores de serviços, no foco deste estudo, são os hospitais, mas o conceito também abrange clínicas, consultórios, casas de repouso, laboratórios, ou qualquer instituição credenciada a prestar assistência à saúde.

Abordaremos duas grandes categorias de métodos de pagamentos, o modelo retrospectivo, que funciona com o sistema de conta aberta, ou seja, reembolso praticado após a prestação do cuidado e alta do paciente, e o modelo prospectivo, que atua com sistema de conta fechada e a maioria dos valores pré-fixados. Por último será descrito nesta revisão, o modelo de remuneração praticado no sistema de saúde público brasileiro.

3.1 Método Retrospectivo

Segundo Yu et al. (2018) os métodos retrospectivos vinculam o pagamento a serviços previamente efetuados – mais especificamente, ao tratamento de cada paciente – e consiste na remuneração de cada item que compõe a conta hospitalar

(materiais e medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames, dentre outros). O Fee-for-Service (FFS) ou Pagamento por Serviços, é o principal exemplar deste método e se configura como o método mais antigo e utilizado ao redor do mundo (UGÁ, 2012), por essa razão também é chamado de método de pagamento tradicional

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2016), apontam que em 2018, na saúde privada, apenas 4% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por meio de outros modelos de remuneração alternativos ao FFS. No Brasil quando falamos em saúde suplementar, esse método é praticado em 96% das vezes, nas relações comerciais entre planos de saúde, pessoas físicas e prestadores de serviço.

Zhao et al. (2017) descreve o FFS como um modelo no qual tudo que for utilizado no atendimento ao paciente, incluindo materiais e recursos humanos, é listado em uma fatura detalhada. A remuneração de cada serviço, como consulta, internação, exames, entre outros, é feita com base em uma tabela de valores pré-definidos em negociação, quando fechada, é enviada à operadora de Saúde, responsável pelo pagamento. A taxa por serviço é o mecanismo mais comum de pagamento em países de baixa renda (SACKEY e AMPONSAH, 2017).

A literatura pesquisada refere que este modelo é mais simples de ser implantado, não exige uma infraestrutura tecnológica tão avançada e apontam menor burocracia para sua utilização (MECHANIC e ALTMAN, 2009). Esta facilidade de utilização pode ser o principal motivo para ainda ser o método mais utilizado em países em desenvolvimento, cujo acesso à tecnologias é mais limitado.

Segundo Zhao et al., (2017), referem que as instituições que adotam esse método, têm nos serviços médicos e medicamentos uma forma de renda para os hospitais, quanto mais serviços realizados, maior a receita para o prestador. Esta característica do FFS faz com que pacientes graves não gerem prejuízos aos hospitais, já que estes pacientes geralmente utilizam mais recursos.

Dentre as principais desvantagens citadas nos estudos levantados sobre o FFS, está o incentivo a tratamentos excessivos. Zhao et al., (2017) apontam que 90% das receitas está atrelada a prescrição de exames e medicamentos e, portanto, os hospitais encorajam os médicos a prescrever medicamentos caros e lucrativos ou testes diagnósticos que nem sempre eram benéficos para os pacientes. Esta superutilização dos recursos, além de inflacionar o tratamento de cada paciente, ao

aumentar os custos por paciente, colabora para a ineficiência no tratamento, ao prolongar o tempo de internação de cada caso atendido.

Podemos citar outro modelo de pagamento retrospectivo, que é o Pagamento por Diárias Hospitalares (Per Diem). Esse modelo é específico para remuneração de internações hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dia de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos, correspondente ao somatório do tempo de permanência dos pacientes internados no período, multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária (UGÁ, 2012).

A diária hospitalar inclui somente a “hotelaria” do hospital a depender de o paciente estar internado em quarto, enfermaria ou UTI, ajustes são realizados. À diária hospitalar são acrescidos os gastos com materiais, medicamentos, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias - SADT e honorários médicos (BRASIL, 2016).

Devido às potenciais distorções que esse modelo acarreta, o modelo de diárias hospitalares (Per Diem) tem sido considerado altamente insatisfatório. Por isso, na maior parte dos países que o adotavam na sua forma original, este modelo tem sido associado a outros métodos de pagamento como o DRG ou o FFS, constituindo sistemas mistos (OECD, 2016).

3.2 Métodos Prospectivos

Através desse método, o prestador de serviços em saúde é remunerado por episódio de tratamento – no caso do hospital, por todo o período de internação – com valores diferenciados segundo o diagnóstico do paciente. Os valores atribuídos a cada internação são definidos previamente em tabelas de preços pré-fixadas e variam segundo o diagnóstico. Dentre os tipos de pagamentos prospectivos estão o DRG, P4P e Baseados em Valor.

O mais conhecido é o Diagnosis Related Groups (DRG). É um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, que foi desenvolvido na década de 60 por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale nos Estados Unidos (SERUFO FILHO, 2014).

As variáveis definidoras desta classificação são: o sistema fisiológico afetado do paciente, procedimentos cirúrgicos realizados, presença de

comorbidades ou complicações, idade e sexo (SCHELLER-KREINSEN, et al., 2011). O DRG válido para cada paciente é o da alta hospitalar, após todas as combinações de variáveis que compõem cada código de DRG já estarem identificadas para cada paciente.

Na década de 80, o DRG sofreu grande evolução metodológica tornando-se o sistema utilizado pelo governo americano em todo o território estadunidense para avaliação do consumo de recursos para o tratamento hospitalar de pacientes agudos. A partir da década de 90, o uso do DRG foi disseminado em várias partes do mundo (Alemanha, Austrália, Espanha, França, Inglaterra, Itália e Portugal).

Os estudos relatam seu uso como alternativa para reduzir os custos. Segundo Hamada et al. (2012) com a adoção do pagamento prospectivo por DRG houve uma redução com os encargos médicos acumulados em aproximadamente 5% e os gastos com exames e medicações diminuíram em 15%.

Um dos pontos fortes da DRG que também está associado à redução dos custos, é o ganho de eficiência no atendimento dos pacientes. De acordo com Zhao et al. (2017) e Zhang (2010), experiências com o uso do DRG em hospitais na China demonstraram melhoria de eficiência na assistência prestada, com redução de média de permanência, padronização dos cuidados prestados aos pacientes com as mesmas necessidades e diminuição de serviços desnecessários.

Ao analisar as desvantagens do método de pagamento baseado em DRG, há uma fragilidade importante, pois o método não contempla atendimentos ambulatoriais e de emergência, possui uma codificação apenas para pacientes internados. Um estudo em um hospital de Gana, realizado por Sackey e Amponsah (2017), relata que o DRG não se aplica para atendimentos ambulatoriais, e este tipo de atendimento corresponderia a 70% dos atendimentos no país. Outro estudo realizado por Kim (2012) expõe essa mesma fragilidade. Este seria o principal ponto negativo desta metodologia, uma vez que abrangeria apenas hospitais que tivessem como foco a internação, fazendo com que os atendimentos de emergência e ambulatoriais, necessitem de outra forma de reembolso pelos serviços prestados.

Outros estudos apontaram que a revisão nas tabelas de pagamento e classificação tem uma periodicidade que não supre as necessidades das instituições. De acordo com Kifmann e Siciliani (2017), o ajuste do preço do DRG é baseado nos custos médios do passado e o intervalo de tempo para medir os custos é tipicamente de 1 ou 2 anos. No sistema de saúde da Inglaterra, há um atraso de

três anos entre os hospitais que submetem os dados de custo para a plataforma do DRG, até que esses dados sejam convertidos em preços para cada código (GRASIC, et al. 2015). Além de o DRG calcular suas tarifas por custo médio, o que muitas vezes não cobre os custos de um paciente mais grave, sua tabela não sendo corrigida em tempo real, não acompanha a inflação dos insumos de maneira adequada, podendo causar prejuízos aos prestadores.

A Capitação, outro modelo prospectivo é segundo, Sackey e Amponsah (2017), um mecanismo de pagamento do provedor no qual fornecedores no sistema de saúde são pagos, geralmente antecipadamente, uma taxa fixa pré-determinada para conjunto definido de serviços para cada indivíduo inscrito por um período fixo. O valor pago para o prestador independe se essa pessoa procurasse o cuidado ou não, durante o período designado. A quantia fixa é normalmente expressa em um membro por mês. Sob esse sistema de pagamento, o membro ou assinante seleciona um provedor primário preferencial (PPP) para fornecer todos os serviços necessários em troca realiza o pagamento da taxa de capitação.

O método de reembolso da Capitação foi apontado como uma maneira efetiva de redução de custos no mercado da saúde. Nguyen et al. (2017) apontam que este modelo é capaz de controlar os gastos de maneira mais efetiva que o DRG. No estudo foi descrito que os hospitais distritais do Vietnã responderam à Capitação cortando custos. Para uma dada combinação de internações hospitalares e contatos ambulatoriais, a Capitação resultou em uma redução de mais de 5% no total da despesa. Além de cortar custos, a vantagem de acordo com o conceito da Capitação é que o hospital recebe para cobrir uma população, independente se esta procura ou não o serviço de saúde. Se o município ou região tiver uma boa rede de atenção básica, o número de pacientes que busca uma unidade hospitalar poderá ser menor, tornando esta característica de remuneração favorável.

Como principal desvantagem apontada em três artigos (LORENZO et al., 2008; MECHANIC e ALTMAN, 2009; MUHLESTEIN et al., 2013) é que com a adesão a este método de pagamento está o risco que a instituição assume ao atender pacientes mais graves ou pacientes que adquiram complicações relativas à doença durante o período de internação, porque elas estão sujeitas a prejuízos financeiros. Segundo Mechanic e Altman (2009) faltam mecanismos que ajustem os riscos de cada paciente ao valor recebido por cada atendimento. Em outro artigo é descrito que a instituição assume riscos quando os custos com farmácia não são

bem gerenciados (LORENZO et al., 2008).

Outra desvantagem relevante para ser descrita nesta revisão é que este método é difícil de ser aplicado em grandes centros de referências que atendem várias regiões (KIM, 2012). Essa dificuldade de adoção ao método seria percebida principalmente em áreas mais remotas ou cidades menores, onde os serviços de saúde não possuem todas as especialidades e tecnologias para atender adequadamente aos pacientes, necessitando assim encaminhá-los para hospitais de referências, portanto a forma de remuneração destes grandes hospitais precisaria ser recalculada, já que eles receberiam pacientes fora da sua zona geográfica.

Torna-se evidente, como uma grande desvantagem que ameaça a sustentabilidade dos serviços ao adotar um modelo prospectivo, é que nenhum modelo tradicional de alocação ou pagamento consegue conciliar a previsibilidade de receitas e despesas de maneira tão precisa e promover o estímulo a um melhor desempenho do prestador de serviços de saúde sem onerações financeiras.

Na busca por melhores alternativas, alguns países vêm incorporando soluções distintas, seja através de sistemas mistos, seja através do pagamento por desempenho (P4P, baseados em valor), seja através de outras propostas. Esse é o objeto da discussão que se segue.

Segundo Yuan et al. (2017) o Pagamento por Performance (P4P) está diretamente ligado ao desempenho dos prestadores de cuidados de saúde. O P4P pode ser usado para pagar indivíduos, grupos de pessoas ou organizações pelo governo ou pelas seguradoras. Os esquemas de pagamento por desempenho variam muito de acordo com o número, percentual de atingimento e tipos de metas ou desempenhos avaliados.

Entre as vantagens apontadas nos estudos, há grande incentivo para aumentar a qualidade no atendimento. Segundo Borah et al. (2012), esta metodologia recompensa os hospitais que oferecem melhores desfechos aos pacientes, valorizando a qualidade do serviço prestado.

A configuração deste modelo faz com que o risco de prejuízo financeiro para os hospitais seja menor, conforme citado por Borghi et al. (2013), Chee et al. (2016) e Muhlestein et al. (2013). Como a instituição é remunerada pela qualidade e o desfecho de cada caso, também depende dela para que o risco de prejuízos seja baixo, pois ao ofertar um serviço com maior qualidade, mesmo que isso inclu

investimentos em novas tecnologias, e a resposta do paciente for positiva, o retorno financeiro sobre o investimento é obtido.

Uma desvantagem do P4P citada (BORGHI et al., 2015; YUAN et al., 2017) foi o aumento de custos. Borghi et al. (2013) apontam que a provisão excessiva de serviços para aqueles que não precisam, a fim de atingir as metas, são os responsáveis pelo acréscimo de custos por atendimento. Esta desvantagem é um risco para a sustentabilidade dos planos de saúde e ao ser adotado pelo sistema público, aumentaria também os gastos com saúde do país.

Outro ponto negativo que os estudos apontam é que as metas de incentivo nem sempre são fidedignas com a realidade do hospital (BORGHI et al., 2013; CHEE et al., 2016; MECHANIC e ALTMAN, 2009). De acordo com Chee et al. (2016), os valores dos incentivos e as métricas de qualidades são determinadas nacionalmente, e isto pode variar conforme a região em que o hospital está ocasionando assim descontos injustos na remuneração final dos hospitais. Ao estabelecer metas que não respeitam as particularidades de cada serviço, uma consequência que pode ser esperada é o desvio de esforços e atendimentos dos profissionais de saúde das atividades sem incentivo (seriam deixadas de lado), mas que são igualmente importantes.

O P4P não é um sistema de alocação de recursos, ele ajusta o montante de recursos a ser reembolsado (através de algum outro método como o DRG, Capitação ou FFS) ao prestador de serviços de saúde, segundo o seu desempenho, medido em termos de indicadores que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos.

Outras iniciativas para remunerar o prestador de serviço de acordo com a sua entrega, começaram a surgir durante as reformas do sistema de saúde empreendidas nos Estados Unidos da América (EUA), mais particularmente a partir de 2010. Com o Obama Care, iniciou-se uma série de experiências com modelos inovadores de remuneração com o objetivo de reduzir os gastos em saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2016).

A iniciativa de Bundled Payments for Care Improvement ou Pagamentos em Pacotes para Melhoria dos Cuidados em Saúde, foi desenvolvida pelo sistema de saúde americano nesta reforma, e pressupõe que a melhoria da qualidade pode ser incorporada em arranjos pacotes por meio do uso de uma garantia explicitamente definida, isto é, os provedores seriam responsabilizados pelo ciclo

completo do tratamento de determinada condição de saúde.

O Bundle Payment é referido na literatura como um método de reembolso que incentiva a entrega de valor e cuidados com desfechos satisfatórios aos pacientes (RIDGELY et al., 2014; MECHANIC e ALTMAN, 2009). Uma avaliação durante o primeiro ano encontrou reduções na maioria dos eventos adversos no grupo de pacientes tratados por Bundle Payments, incluindo uma queda de 10% nas readmissões, menor tempo médio de internação e redução de custos com taxas hospitalares (MECHANIC e ALTMAN, 2009).

A configuração deste método favorece o controle de custos ao fiscalizar a utilização desnecessária de insumos e a ineficiência do atendimento. Este modelo ainda é pouco utilizado, mas pode ser uma solução para os serviços que querem aliar redução de custos com bons resultados, já que o método alia as duas condições para prover bons pagamentos aos provedores.

Bundle Payments significam, em linhas gerais, o estabelecimento de um valor único para todos os serviços prestados para o cuidado de um caso como infarto agudo do miocárdio, por exemplo. Para isso, seria alocado um único valor global que incluiria a remuneração de todos os prestadores envolvidos no cuidado. Esse modelo pressupõe a existência de uma entidade responsável por gerenciar o pagamento de todos os prestadores envolvidos como um microssistema constituído (UGÁ, 2012).

Outro método que leva em conta os desfechos entregues aos pacientes e está sendo utilizada para remunerar os serviços é a metodologia ICHOM - International Consortium for Health Outcomes Measurement, que tem como foco a qualidade de vida após a alta. Fundada em 2012, a ICHOM tem entre seus criadores o economista americano Michael Porter, da Harvard Business School. Porter, é um dos grandes defensores de modelos na saúde baseados em valor. O objetivo da ICHOM é criar padrões de avaliação internacional de resultados, para melhorar a assistência e reduzir custos (ANAHP, 2019).

Ao pensar em entrega de um bom desfecho aos pacientes, ou seja, um cuidado que migra de um sistema baseado em volume de serviços para outro baseado em valor ao paciente, a definição de valor em saúde pode variar dependendo do paciente e do caso clínico. Um conceito mais amplo foi descrito como os resultados do cuidado assistencial dividido pelo custo do serviço prestado (BRASIL, 2016). Dentro desse conceito, alinhar que os incentivos financeiros sejam

adequados para a entrega de um serviço assistencial satisfatório, como a valorização experiência do paciente, atingimentos de metas de recuperação, segurança do paciente, dentre outros aspectos, é primordial para se manter o equilíbrio no setor.

Novos modelos de pagamento vêm sendo criados e discutidos ao redor do mundo de forma que os incentivos ao longo de todo o ciclo de cuidado ao paciente estejam alinhados e, ao mesmo tempo gerem valor. A definição ampla de valor que envolva todos os atores da cadeia de cuidado e reembolso e aplicá-la é altamente complexo, mas ao mesmo tempo necessário para contribuir diretamente para a sustentabilidade na saúde.

3.3 Método de Remuneração do Sistema Público de Saúde no Brasil - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil, pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei n.º 8.080/90 e pela Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 2007a). A aquisição dos serviços hospitalares pelo SUS é realizada através da liberação de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que credencia o provedor (hospital ou prestador de serviço) a atender o sinistro autorizado e receber uma remuneração pela assistência prestada ao paciente.

Segundo Brasil (2010), como referência de remuneração, o SUS dispõe de uma tabela de preços com os indicadores de remuneração para cada tipo de procedimento hospitalar, os quais refletem a dimensão e a complexidade do atendimento. Os valores são pré-fixados (modelo prospectivo) e para alguns procedimentos específicos de alta complexidade e com uso de materiais especiais, é realizado um lançamento dos gastos em conta aberta (assumindo a característica de um mix de método de remuneração).

O modelo adotado pelo SUS, mesmo que se reconheça como um sistema extremamente consolidado no país e com visível relevância na participação como fonte de financiamento (aproximadamente 75% da população vem sendo financiada por essa fonte de financiamento), são reivindicados aprimoramentos quanto à consistência dos indicadores de remuneração e atualização frente aos avanços tecnológicos que frequentemente alteram a composição dos insumos incorridos com os tratamentos médicos (BRASIL, 2010).

A principal queixa dos provedores consiste na falta de atualização da tabela de valores, que não é ajustada desde 2002 (ANAHP, 2019). Para comparar o acumulado da inflação no mesmo período, segundo o índice do IPCA, que representa o índice oficial da inflação no Brasil, foi de 111% (BRASIL, 2019a). Portanto esta informação indica que os custos do tratamento e serviço prestado não são cobertos integralmente pelo plano governamental.

De acordo com Brasil (2010), outras desvantagens do modelo são referentes à lista de procedimentos que não contempla todas as possibilidades (diagnósticos) e não consegue adequar-se às necessidades de atualização frente à inovação tecnológica e o surgimento de novos tratamentos. Outro problema é decorrente da classificação quando esta leva em consideração somente o procedimento realizado, não considerando outras variáveis que diferenciem os pacientes quanto à sua gravidade clínica e quanto ao perfil de consumo de recursos, ou seja, ajuste ao risco de cada paciente. Essa é uma desvantagem já citada em outros modelos de pagamentos prospectivos no capítulo anterior desta revisão.

A ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático pelo gestor hospitalar e de faturamento, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos dos hospitais financiados pelo SUS, é o SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos. O sistema contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial e de internação; além de Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais de síntese do SUS (BRASIL, 2019b).

A ferramenta informa as compatibilidades de Cadastro Internacional de Doenças (CID), código Brasileiro de Ocupação, as Habilitações e Incrementos de todos os procedimentos realizados com os pacientes não deixando de identificar, quais procedimentos têm sua especificação e em que habilitação é considerada para realização de tais procedimentos (BRASIL, 2007a).

O auditor/gestor financeiro da instituição pode verificar quais procedimentos estão sendo realizados e analisar a possibilidade de incremento de outros procedimentos que possam estar sendo subnotificados ou estarem sendo registrados erroneamente, fatores estes que podem estar altamente relacionados com grandes prejuízos pelas instituições credenciadas pelo SUS.

O sistema de informação é restrito aos hospitais financiados pelo SUS, não

abrangendo o universo das hospitalizações. Na saúde privada/suplementar os provedores realizam essa consulta e lançamento dos códigos de procedimentos, através da Guia TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar.

De acordo com Brasil (2007b) ela tem como objetivo principal padronizar as trocas eletrônicas de informações administrativas, técnicas e financeiras referentes aos eventos e despesas assistenciais dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, tendo como diretriz a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde utilizados pela Agência Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde.

Para finalizar, como já mencionado previamente, no Brasil, no segmento das operadoras de planos de saúde predomina o modelo retrospectivo de pagamento, com a emissão de contas com a descrição de todos os itens utilizados na prestação de serviços a cada paciente (“fee-for-service”). No sistema público, o modelo que utilizado para remuneração é o prospectivo, muito semelhante ao que é praticado no DRG e, a exemplo deste, o SUS também foi adotado na década de 80 pelo sistema de saúde governamental como forma de remuneração aos provedores. Ambos (AIHs e DRGs) são classificações baseadas em diagnósticos e procedimentos combinados para a organização das respectivas tabelas de remuneração, claro que com periodicidade de atualização bem distintas.

Este estudo contribuiu para organizar e ampliar o conhecimento sobre os métodos de reembolso na saúde relatados na literatura. Tal esforço permitiu levantar pontos ainda pouco explorados sobre o tema, que serão abordados na revisão sistemática de literatura. Também mostrou a diversidade de métodos de reembolso e as vantagens e desvantagens de cada um.

4 METODOLOGIA

A seguir será abordado a metodologia da pesquisa e os meios técnicos utilizados neste estudo.

4.1 Caracterização e Delimitação da Pesquisa

O método escolhido para o presente estudo foi a revisão sistemática de literatura, por permitir identificar e sintetizar de forma padronizada e confiável a literatura sobre temas específicos (BOTELHO et al., 2011).

Entre as vantagens de confeccionar uma revisão sistemática incluem-se a probabilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento e produção de subsídios para formulação de políticas de saúde (ALMEIDA e GOULART, 2017).

A revisão seguiu as recomendações do método PRISMA. A recomendação PRISMA, elaborada e recomendada pela revista Cochrane, tem como objetivo ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises (MOHER et al., 2009). As recomendações consistem em um checklist com 27 itens, demonstrado no APÊNDICE A – CHECKLIST PRISMA, e um fluxograma com quatro etapas, apresentado a seguir na Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática.

No item 12 do checklist PRISMA, é preconizado que sejam descritos os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados (MOHER et al., 2009).

A fim de evitar o viés e analisar a relevância dos estudos, foi aplicada a ferramenta ROBIS (Risk of Bias in Systematic Reviews), conforme guia elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). A ferramenta está estruturada em três fases: 1) avaliação da relevância; 2) identificação dos potenciais riscos de viés

durante o processo da revisão; e 3) avaliação do risco de viés geral. A análise feita através da ferramenta será demonstrada na análise dos resultados, no item 5.1.1.1 *ROBIS: AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA E RISCO DE VIÉS DOS ESTUDOS*.

4.1.1 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A etapa seguinte que consistiu na busca dos estudos, foi realizada por pares, de maneira independente e ocorreu nos meses de abril a junho de 2019 nas bases de dados Bireme, Web of Science e Scopus. As bases foram eleitas por terem como característica um considerável número de artigos pertencentes às áreas da pesquisa.

Houve tentativas de buscas em outras bases que não retornaram números satisfatórios. Foram elas: PubMed, Wiley e Google Scholar.

Foi utilizada a combinação dos descritores Medical Subject Headings (MeSH) "payment method", "insurance, health", "hospital", "prospective payment system", "fee for service plans", "valued-based reimbursement", "payment for performance", "bundle payment", "diagnosis-related group payment". Os avaliadores consideraram os termos utilizados como apropriados e abrangentes, que compreenderam todos os conceitos possíveis da questão de pesquisa.

Foi utilizado a estratégia de busca: ("payment method" AND "insurance, health" or hospital and "prospective payment system" OR "fee for service plans" OR "valued-based reimbursement" or "payment for performance" or "bundle payment" or "diagnosis-related group payment"). Aplicando os filtros de ano 2009-2018, nos idiomas inglês, espanhol e português, e artigos disponíveis ou completos.

O período de 10 anos para seleção de estudos foi eleito pelos revisores para que contemplasse um número satisfatório de artigos, e que abrangesse os estudos na fase de introdução de alguns métodos nos sistemas de saúde, para que os revisores tivessem conhecimentos dos principais achados descritos na fase de implementação.

Desta busca, retornaram 152 artigos, sendo que 06 (seis) eram duplicados e foram excluídos. Todos os artigos que foram triados na fase anterior tiveram sua

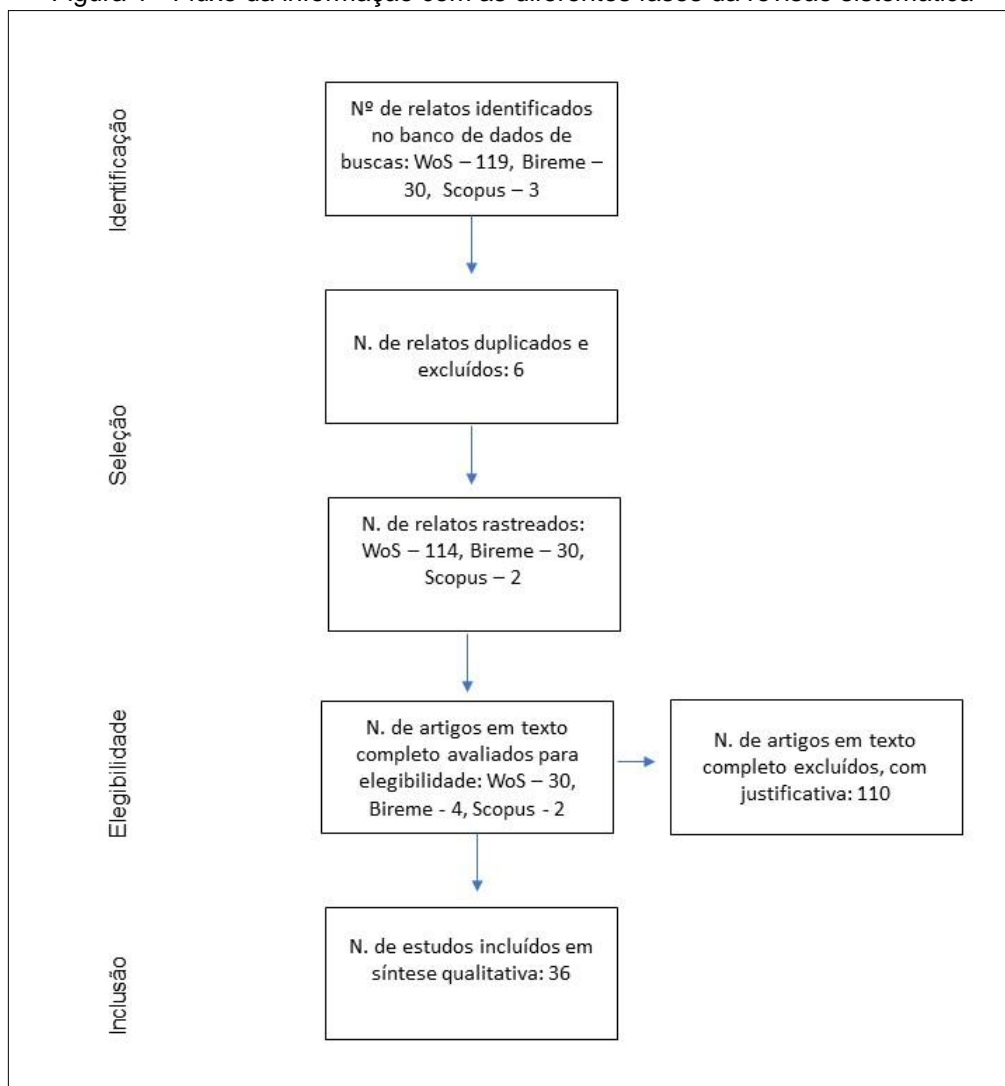
elegibilidade confirmada pela leitura mais detalhada do estudo, através da leitura do texto completo do artigo, realizada por pares de forma independente.

Os artigos restantes foram lidos na íntegra, e os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados. Os critérios de inclusão foram: artigos com texto disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, entre os anos de 2009 e 2018, que tivesse como cenário as instituições hospitalares. Os critérios de exclusão foram estudos que não estivessem no formato de artigo científico, dados duplicados, artigos que analisassem nos resultados apenas desfechos clínicos e assistenciais.

Com a leitura mais detalhada de cada estudo, percebemos que outros 110 artigos não correspondiam aos critérios necessários para participarem desta revisão e foram excluídos. A razão primária da exclusão foi registrada para composição do fluxo de seleção dos artigos, na planilha de coleta de dados, e confirmada entre os três revisores. O fluxo de seleção é detalhado na Figura 1, com as diferentes fases da revisão sistemática.

Conforme preconizado pela metodologia PRISMA, o processo de busca e seleção dos estudos foi realizado independentemente por pares, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelos pesquisadores e resolvendo as discordâncias com um terceiro revisor, por meio de um consenso. Na etapa de busca, a exemplo da etapa anterior, foi utilizada a ferramenta ROBIS para identificar o potencial risco de viés na seleção dos estudos.

Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática



Fonte: Elaborado pela autora, baseado na metodologia PRISMA (MOHER et al. 2009).

4.2 Técnica e Instrumento de Coleta de Dados

A extração de dados teve a mesma premissa de dois revisores coletando as informações dos estudos primários de forma independente, e resolvendo as discordâncias com um terceiro revisor e por meio de um consenso.

A coleta rigorosa de dados seguiu o delineamento do estudo conforme definido previamente, e utilizou um formulário estruturado. Todos os dados que contribuíram para a síntese e interpretação dos resultados foram coletados.

Na coleta de dados, foi aplicado o terceiro domínio da fase 2, na ferramenta ROBIS, que será detalhado no item *5.1.1.1 ROBIS: AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA E RISCO DE VIÉS DOS ESTUDOS*. Os dados dos estudos incluídos na revisão, foram avaliados usando critérios adequados, com a extração de dados e a avaliação do risco por dois revisores.

As informações dos 36 estudos foram extraídas em uma planilha Excel e agrupadas nas categorias, que teve seu escopo definido em conjunto com os três pesquisadores, com as seguintes informações: Base Pesquisada, Status, Critérios de Exclusão, Autores, Ano, Título, Periódico, Centro de Pesquisa, Países, Descritores, Métodos de Pagamentos Descritos, Metodologia do Estudo, Objetivo, Vantagem, Desvantagem, Fatores Intervenientes, Nº de vezes que Foram Citados e Idioma do Artigo.

As características dos estudos e os resultados relevantes foram extraídos e agrupados para atender aos objetivos pré-definidos no estudo e facilitar a análise do conteúdo.

4.3 Técnicas de Análise de Dados

A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais do estudo (YIN, 2005).

Na análise qualitativa dos dados da revisão sistemática de literatura, para identificar todas as variáveis de cada método, os dados encontrados foram agrupados, com base nas semelhanças entre os estudos incluídos, para a obtenção das conclusões finais. Os estudos foram sumarizados em uma tabela pela frequência que os dados apareceram nos resultados, e os agrupamentos foram pré-estabelecido de acordo com os objetivos e variáveis definidas previamente, evitando a tendenciosidade.

Foi também aplicada a ferramenta ROBIS, que avaliou a relevância dos estudos (Fase 1), através de um comparativo da questão PICO (participantes, intervenções, comparadores e *outcomes* - resultados) desta RSL, com a questão

PICO dos estudos primários, a fim de verificar se eram correspondentes. Para a análise de viés na síntese dos resultados foi utilizado o Domínio 4 da fase 2, ambas etapas serão demonstradas nos resultados.

A bibliometria também compôs a análise dos estudos primários. A análise bibliométrica neste estudo vem responder à necessidade da avaliação da produção científica no assunto. De acordo com Marcelo e Hayashi (2013) essa análise possui como principal característica, elaborar índices de produção do conhecimento científico, a fim de explorar o impacto da produção de um determinado campo de conhecimento e a produção e produtividade de um conjunto de investigadores, por meio da construção de indicadores bibliométricos.

Foram verificados a curva anual de publicações, os países sedes dos centros de estudos, as revistas de publicações dos artigos, a relação dos autores e coautores, citações e palavras-chaves mais utilizadas como descritores de busca nos estudos primários. A análise de indicadores de ligação teve o auxílio do Software VOSviewer®.

Por fim, conforme preconizado pelo item 16 do checklist PRISMA, análises adicionais foram empregadas aos estudos primários (além de análise qualitativa dos resultados e análise bibliométricas). Esta análise adicional, foi realizada levando em consideração a metodologia empregada nos estudos primários.

Foi verificado se os artigos continham triangulação de dados nas suas metodologias, uma recomendação de pesquisa na área de ciência sociais (a qual está inserida a linha de pesquisa em gestão) para o alcance de maior robustez nos resultados (ZAPPELLINI e FEUERSCHÜTTE, 2015). Esta etapa também será apresentada no item *5.1.1.2 ANÁLISE DA ROBUSTEZ METODOLÓGICA DOS ESTUDOS*, discutido no capítulo seguinte.

A revisão encontrou dados na literatura que compuseram a análise comparativa dos métodos de reembolsos. Foram levantadas as principais vantagens e desvantagens descritas na literatura, e os fatores intervenientes (variáveis) no processo de gerenciamento dos métodos frente à mudança do método de pagamento, tanto pelos provedores, quanto pelas fontes pagadoras.

Tendo em vista todos os achados da revisão, foi possível construir uma matriz com as principais necessidades que as instituições, sistemas de saúde e fontes pagadoras devem discorrer para que cada método seja implantado.

4.4 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa (ComPesq) da instituição de ensino da Fundação de Ciências da Saúde de Porto Alegre, sob o número 052/2019.

A pesquisa não se enquadra nos princípios presentes na resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos, portanto se fez necessário apenas a aprovação na Comissão de Pesquisa da instituição de ensino.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos tópicos a seguir serão abordados os resultados da Revisão Sistemática de Literatura (RSL), que foram divididos em itens. O primeiro item corresponde à uma análise crítica dos estudos primários. Completando a discussão dos resultados, foi construída uma análise das repercussões gerenciais, de acordo com os objetivos propostos na RSL.

5.1 Análise Crítica dos Estudos

A etapa de análise do corpus dos artigos neste estudo, procurou levantar de forma crítica as informações contidas nos estudos primários. Essa fase compreendeu o emprego do protocolo do Método PRISMA seguindo os 27 itens do checklist exigidos para a validação do método. Esta etapa é descrita no item 5.1.1 Aplicação do Método Prisma na análise do conteúdo.

A etapa seguinte, foi dedicada à análise bibliométrica dos dados, com o auxílio do software VOSviewer® para análise dos resultados, descritos no item 5.1.2 Bibliometria. Por fim, foram analisados nesta revisão sistemática os artigos sob o ponto de vista dos objetivos em comum que os estudos possuíam, e se os estudos atingiram aos objetivos propostos inicialmente e que conclusões chegaram. Esta fase é descrita no item 5.1.3 Análise dos Objetivos dos Estudos.

5.1.1 APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DO MÉTODO PRISMA NA ANÁLISE DO CONTEÚDO

Esse item foi dividido em duas partes para melhor compreensão. A primeira refere-se ao emprego da ferramenta ROBIS para análise de relevância

e risco de viés nos estudos primários. A segunda é a análise do uso de triangulação de dados nos estudos, para verificar a robustez metodológica.

5.1.1.1 ROBIS: Avaliação da Relevância e Risco de Viés dos Estudos

Embora as revisões sistemáticas tenham inúmeras vantagens, elas são vulneráveis a vieses que podem mascarar os verdadeiros resultados do estudo. Segundo Almeida e Goulart (2017), o viés é definido como qualquer processo, em qualquer etapa da pesquisa, em que uma metodologia incorreta, durante o curso da investigação, distorce o resultado. Viés inclui todas e quaisquer distorções durante o processo de investigação, que pode ocorrer em qualquer tipo de delineamento.

A ROBIS é uma ferramenta para avaliar risco de viés de revisões sistemáticas. A ferramenta está estruturada em três fases:

- 1) avaliação da relevância (opcional);
- 2) identificação dos potenciais riscos de viés durante o processo da revisão;
- 3) avaliação do risco de viés geral (WHITING et al., 2016).

A ferramenta foi empregada integralmente na análise dos estudos que fizeram parte desta revisão, e os achados serão descritos a seguir:

Fase 1 – ROBIS: Avaliação da relevância

A relevância dos estudos foi comparada através da análise da questão PICO (participantes, intervenções, comparadores e *outcomes* -resultados) desta RSL, com a questão PICO dos estudos primários, a fim de verificar se eram correspondentes. Esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências (SANTOS et al., 2007).

A questão PICO desta RSL consiste em:

- P- Operadoras/sistemas de saúde e hospitais;
- I - Mudança/adoção de método de pagamento;
- C - Não mudar, manter modelo aplicado;
- O - Repercussões gerenciais (fatores intervenientes para a gestão)

para cada método;

A comparação realizada entre as perguntas PICO, teve como exigência: se mais de uma categoria das perguntas não fossem correspondentes, esta fase deveria ser classificada como “Não”. Se houvesse uma correspondência parcial entre as categorias, esta fase deveria ser classificada como “Incerta”, e se todas as categorias fossem correspondentes, a resposta deveria ser “Sim”.

Na análise realizada, 08 (oito) estudos foram considerados incertos, pois apresentaram correspondência parcial na análise comparativa da estratégia PICO e nenhum estudo foi classificado como “Não” na análise comparativa.

Um total de 28 estudos foram classificados como relevantes, que tiveram todas as categorias correspondentes, portanto os estudos em sua maioria foram considerados compatíveis com a pergunta PICO deste estudo, o que indica que os artigos incluídos na revisão seguiram critérios adequados de seleção.

O quadro completo com a avaliação da relevância de cada estudo, bem como a justificativa da classificação “Incerta”, encontra-se no APÊNDICE A – Avaliação da Relevância.

Fase 2 – ROBIS: Identificação dos potenciais riscos de viés durante o processo de revisão

A Fase 2 tem como objetivo identificar áreas onde o viés pode ser introduzido na revisão sistemática (BRASIL, 2017), e envolveu a avaliação de quatro domínios para cobrir os principais processos da revisão:

- 1) critérios de elegibilidade dos estudos;
- 2) identificação e seleção;
- 3) coleta de dados e avaliação dos estudos; e
- 4) síntese e resultados.

Na fase 2, a ROBIS identifica as principais limitações do estudo para auxiliar a avaliação. Toda a ferramenta contém questões norteadoras que auxiliam na avaliação crítica dos estudos. A partir da classificação obtida por meio destas questões, os avaliadores foram capazes de julgar o risco de viés geral da revisão. Os quatro domínios serão descritos a seguir:

Domínio 1- critérios de elegibilidade dos estudos

Antes de iniciar o processo de busca e seleção dos dados, os critérios de elegibilidade dos estudos, foram definidos previamente. Após esta definição, com o uso da ROBIS foi possível avaliar se os critérios de elegibilidade dos estudos que foram especificados previamente eram esclarecidos e apropriados para a pergunta desta revisão. Assim, houve maior probabilidade de as decisões sobre a inclusão de estudos serem realizadas de maneira mais consistente. Os critérios de elegibilidade combinaram aspectos da pergunta de pesquisa com os delineamentos dos estudos primários incluídos.

As questões norteadoras deveriam ser respondidas como “Sim”, “Provavelmente Sim”, “Provavelmente Não”, “Não” e “Sem informações”, com “Sim” indicando baixo potencial de risco de viés. O risco potencial de viés associado com cada domínio deveria ser avaliado em seguida como “Baixo”, “Alto” ou “Incerto”. Se as respostas de todas as questões norteadoras para um domínio são “Sim” ou “Provavelmente Sim”, então o potencial risco de viés pode ser avaliado como baixo (WHITING et al. 2016).

A gradação do potencial risco de viés nas especificações dos critérios de elegibilidade do estudo foi considerada “Baixo”. Todas as questões foram respondidas como “Sim” ou “Provavelmente Sim”, então não foi identificado potencial risco de viés sobre a especificação dos critérios de elegibilidade, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Elegibilidade dos estudos

Identificação dos potenciais riscos de viés durante o processo da revisão		
Elegibilidade dos estudos	Justificativa	Classificação
Os objetivos e critérios de elegibilidade foram definidos previamente?	Nesta revisão sistemática contém uma pergunta e um objetivo claro refletidos nos critérios utilizados para decidir se os estudos são elegíveis para inclusão. Protocolo PRISMA disponível para consulta.	sim

Identificação dos potenciais riscos de viés durante o processo da revisão		
Os critérios de elegibilidade eram apropriados à pergunta da revisão?	Questão PICO: Pico do meu estudo: P- Operadoras/sistemas de saúde; I- mudança/adoção de método de pagamento; C- não mudar, manter modelo aplicado; O- Repercussões gerenciais (fatores intervenientes para a gestão) para cada método	sim
Os critérios de elegibilidade foram bem especificados (sem ambiguidade)?	Critérios de Inclusão: Artigos com texto disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, entre os anos de 2009 e 2018, que tivesse como cenário instituições hospitalares. Critérios de Exclusão: estudos que não estivessem no formato de artigo científico, dados duplicados, artigos que analisassem nos resultados apenas desfechos clínico e assistenciais.	sim
Com relação aos critérios de elegibilidade, as restrições baseadas nas características dos estudos foram apropriadas?	Características dos estudos não foi critério de inclusão ou exclusão (tipo de metodologia aplicada)	sem informação
Com relação aos critérios de elegibilidade, as restrições baseadas nas fontes de informações foram apropriadas?	Formato de publicação: incluído estudos em formato de artigos científicos; e idiomas: incluídos estudos em inglês, português e espanhol	provavelmente sim
Potencial risco de viés relacionado à especificação dos critérios de elegibilidade	Todas as questões foram respondidas como "Sim" ou "Provavelmente Sim", então não foi identificado potencial risco de viés sobre a especificação dos critérios de elegibilidade. Nota-se que esforços foram realizados para deixar a pergunta e os objetivos da revisão bem definidos e para justificar que critérios de elegibilidade adequados foram preconizados na revisão.	Baixo

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (Whiting et al. 2016).

Domínio 2 - identificação e seleção

O objetivo deste domínio na ferramenta é avaliar se há estudos primários que atenderiam aos critérios de inclusão, mas não foram selecionados para a revisão (BRASIL, 2017). Uma busca sensível para recuperar o maior número de artigos possíveis, foi um dos principais componentes da revisão. As estratégias de busca foram realizadas em bases de dados e fontes eletrônicas apropriadas, a fim de se identificar o maior número possível de artigos publicados. As informações acerca desta etapa, estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para identificar e/ou selecionar estudos

Identificação e seleção dos estudos	Justificativa	Classificação
A busca incluiu uma variedade suficiente de bases de dados/ fontes eletrônicas para pesquisar artigos publicados e não publicados?	Constitui uma variedade apropriada de bases de dados para a questão de pesquisa: Bireme, Scopus e Web of Science	sim
Além da busca nas bases de dados foram utilizados métodos adicionais para a identificação de artigos relevantes?	Métodos adicionais, tais como busca por citações, contato com especialistas, busca nas referências, pesquisa manual não foram realizadas, pois os artigos retornados das 3 bases consultadas foram em número satisfatório para uma RSL.	provavelmente sim
Os termos e a estrutura da estratégia de busca foram adequados para obter o maior número possível de artigos?	Foram testados vários termos de buscas nas três bases escolhidas, e os termos aplicados foram os que tiveram o retorno mais apropriado em números e qualidade dos estudos. Descritores MeSH("payment method" AND "insurance, health" or hospital and "prospective payment system" OR "fee for service plans" OR "valued-based reimbursement" or "payment for performance" or "bundle payment" or "diagnosis-related group payment").	sim
As restrições baseadas na data, formato de publicação ou idioma foram adequadas?	Um período de 10 anos foi considerado, levando-se em conta que resultados anteriores a esta data poderia não ser aplicável atualmente.	sim
Foram realizadas tentativas para minimizar erros na seleção dos estudos?	Os títulos e resumos foram selecionados de forma independente por pelo menos dois revisores e a avaliação do texto na íntegra também envolveu ao menos dois revisores	sim
Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para identificar e/ou selecionar estudos	Todas as perguntas foram respondidas como "Sim" ou "Provavelmente Sim" e, portanto, não foram identificados potenciais vieses. Esta revisão parece ter incluído uma proporção alta de estudos relevantes.	baixo

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (Whiting et al. 2016).

Dada a questão da revisão e os critérios de elegibilidade avaliados no Domínio 1, um esforço substancial foi realizado para identificar o maior número de

estudos possíveis. Foi utilizada uma estratégia de busca sensível e apropriada, além de serem tomadas medidas para minimizar o viés e erros na seleção dos estudos.

Domínio 3 - coleta de dados e avaliação do estudo

A análise de risco de viés nesta etapa tem como objetivo avaliar se o viés foi introduzido por meio da coleta de dados (WHITING et al. 2016). Por isso a coleta rigorosa de dados seguiu o delineamento do estudo conforme definido no protocolo de pesquisa, e utilizou um formulário de coleta de dados estruturado. A avaliação deste domínio está demonstrada no Quadro 3.

Quadro 3 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para coletar dados

Coleta de dados e avaliação do estudo	Justificativa	Classificação
Foram realizadas tentativas para minimizar o erro na coleta de dados?	O processo de coleta de dados foi realizado por dois revisores e utilizou formulários de extração de dados estruturados. Este processo foi realizado de forma independente e confirmado com um terceiro revisor.	sim
As características disponíveis do estudo foram suficientes para que os autores da revisão e leitores sejam capazes de interpretar os resultados?	As características detalhadas do estudo e os quadros de resultados foram fornecidos em apêndices que relataram informações suficientes para autores e leitores interpretarem os resultados.	sim
Todos os resultados relevantes foram coletados para uso na síntese?	Os dados necessários para a síntese foram coletados de acordo com as variáveis definidas pelos revisores previamente	sim
O risco de viés (ou qualidade metodológica) foi formalmente avaliado usando critérios apropriados?	O processo de seleção por títulos e resumos, bem como a avaliação do texto na íntegra foram reportados e incluiu múltiplos revisores. A ferramenta ROBIS foi utilizada e a verificação de triangulação dos dados foi feita	sim
Foram realizadas tentativas para minimizar o erro na avaliação do risco de viés?	Dois investigadores avaliaram de forma independente a qualidade dos estudos.	sim
Gradação do potencial risco de viés em relação aos métodos utilizados para coletar dados e avaliar os estudos.	Todas as questões foram classificadas como "Sim" ou "Provavelmente Sim" e, portanto, não foram identificados potenciais vieses. Os processos de revisão da coleta dos dados e avaliação dos estudos são improváveis de terem introduzido viés nesta revisão.	baixo

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (Whiting et al. 2016).

Dados os estudos incluídos na revisão conforme avaliados no Domínio 2, o risco de viés foi avaliado usando critérios adequados, a extração de dados e a avaliação do risco de viés envolveu dois revisores. As características dos estudos e os resultados relevantes foram extraídos e agrupados para atender aos objetivos pré-definidos no estudo e facilitar a análise do conteúdo.

Domínio 4 - síntese e resultados

Este domínio tem como objetivo avaliar se, tendo sido tomada a decisão de combinar dados de estudos primários incluídos (na síntese qualitativa), os revisores usaram métodos adequados (WHITING et al. 2016). As perguntas norteadoras que embasaram essa análise estão contempladas no Quadro 4.

A qualidade dos dados qualitativos nos estudos primários foi avaliada pelos critérios propostos em um estudo de Patias e Hohendorff (2019), que propõe avaliar se os principais resultados dos estudos primários foram sumarizados e discutidos, se indicavam as principais limitações e sugeriam novos estudos. Todos os artigos usados nesta revisão, apresentam esses critérios.

O resultado da análise foi satisfatório, visto que classificou como baixo o risco de viés nesta etapa.

Quadro 4 - Potencial de viés relacionado aos métodos utilizados para sintetizar resultados

Síntese e resultados	Justificativa	Classificação
A síntese de resultados incluiu todos os estudos que deveriam ser incluídos?	O fluxograma de seleção reportou que 36 estudos foram incluídos na revisão. A tabela com as características e resultados dos estudos também mostram um total de 36 estudos.	sim
Todas as análises predefinidas foram seguidas ou as perdas de participantes foram explicadas?	As análises foram explicitamente predefinidas em protocolo	sim
A síntese dos resultados foi apropriada dada a natureza e a similaridade das questões de pesquisa, dos delineamentos de estudos e desfechos dos estudos incluídos?	A autora sintetizou os resultados pela sua similaridade de achados e uma overview qualitativa foi relatada	sim
A variação entre os estudos (heterogeneidade) foi baixa ou abordada na síntese?	Este estudo utilizou análise qualitativa dos resultados, mas os estudos primários foram realizados em vários países com diferentes características, trazendo uma heterogeneidade significativa aos resultados.	provavelmente sim

Síntese e resultados	Justificativa	Classificação
Os resultados foram robustos? Como demonstrado, por exemplo, pelo funnel plot ou análise de sensibilidade.	Na análise qualitativa, os resultados foram considerados robustos devido à frequência dos achados em diferentes artigos	sim
Os vieses nos estudos primários foram mínimos ou abordados na síntese?	A qualidade e o risco de viés dos estudos foram explicitamente avaliados.	sim
Gradação do potencial risco de viés em relação à síntese e resultados	Foi abordada satisfatoriamente a heterogeneidade nas análises. É improvável que a síntese produza resultados enviesados, pois qualquer limitação nos dados já foi superada.	baixa

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (WHITING et al. 2016).

Fase 3: Avaliação do risco de viés geral

Para completar a análise do risco de viés na RSL, a Fase 3 da ferramenta avalia se a revisão sistemática como um todo, está sob este risco. Essa avaliação utiliza a mesma estrutura do Domínio 2 uma vez que inclui questões norteadoras e justificativas. No entanto, o julgamento sobre potenciais riscos de viés foi substituído por uma avaliação geral do risco de viés da revisão, descritos no Quadro 5 - Riscos de viés relacionados aos métodos utilizados na RSL

Quadro 5 - Riscos de viés relacionados aos métodos utilizados na RSL

Avaliação geral	Justificativa	Classificação
A interpretação dos achados considerou todos os riscos potenciais identificados na Fase 2?	Todos os domínios avaliados na Fase 2 foram classificados como de “baixo risco potencial de viés”.	sim
A relevância dos estudos para a pergunta de pesquisa da revisão foi adequadamente considerada?	Foi considerada a relevância (aplicabilidade/validade externa) dos estudos incluídos para a pergunta de pesquisa da revisão.	sim
Os autores se preocuparam em não enfatizar os resultados com base apenas na sua significância estatística?	As ênfases dadas na discussão e na conclusão foram baseadas em todas as estimativas das análises primárias dos estudos.	sim
Risco de viés	A avaliação não identificou potenciais riscos de viés no processo de revisão sistemática. O potencial de limitação do estudo será discutido. As conclusões refletem apropriadamente os resultados da revisão.	baixo

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (WHITING et al. 2016).

Todas as etapas avaliadas para risco de viés, com o apoio da ferramenta ROBIS, tiveram como resultado o baixo risco de viés na RSL em questão. Nem sempre é fácil avaliar o risco de viés em revisões sistemáticas, o uso do guia elaborado pelo Ministério da Saúde foi fundamental para fornecer uma abordagem estruturada para este fim.

5.1.1.2 Análise da Robustez Metodológica dos Estudos

A literatura conceitua triangulação de dados como a combinação de diferentes métodos de coleta e de análise de dados, diferentes populações/sujeitos (ou amostras/objetos), diferentes perspectivas teóricas e diferentes momentos no tempo (ZAPPELLINI e FEUERSCHÜTTE, 2015).

Em síntese é possível verificar que a intenção é de que o pesquisador utilize, pelo menos duas abordagens distintas para medir o mesmo fenômeno com o propósito de verificar se as conclusões são convergentes. De acordo com Azevedo et al. (2013), a triangulação pode combinar métodos e fontes de coleta de dados qualitativos e quantitativos (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, além de outras), assim como diferentes métodos de análise dos dados: análise de conteúdo, análise de discurso, métodos e técnicas estatísticas descritivas e/ou inferenciais.

Para atender ao item 16 do checklist PRISMA, que exigia análises adicionais para validar o rigor metodológico, foram analisados os estudos primários quanto à aplicabilidade de triangulação de dados na metodologia de pesquisa.

Dos estudos primários incluídos, 29 estudos utilizaram algum método de triangulação, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise da Triangulação de Dados nos Estudos Primários

Estudo Primário	Houve triangulação	Tipo
Andoh-Adjei et al., 2018	sim	1, 2 e 3
Binyaruka; Robberstad; Torsvik; Borghi, 2018	sim	2, 3 e 5
Bojke; Grasic; Street, 2018	não	
Eliason; Grieco; McDevitt; Roberts, 2018	sim	3

Estudo Primário	Houve triangulação	Tipo
Gray; Manesh; Harirchi; Nedjat, 2018	sim	1 e 2
Jung et al., 2018	sim	1, 2, 3 e 4
Liu et al., 2018	sim	2 e 5
Yu; Qiu; He, 2018	não	
Kifmann e Siciliani, 2017	sim	4
Liu et al., 2017	sim	1 e 3
Mayumana et al., 2017	sim	1,2 e 5
McLawhorn e Buller, 2017	não	
Slotkin et al., 2017	sim	1 e 2
Moos et al., 2016	não	
Samuel et al., 2016	sim	3 e 4
Hernandez; Machacz; Robinson, 2015	sim	1, 2 e 3
Hu et al., 2015	sim	2
Kim, H et al., 2015	não	
Kim, YS et al., 2015	sim	1, 2 e 5
Liang, 2015	sim	2, 3 e 4
Mehra et al., 2015	sim	2 e 3
Moon, 2015	não	
Quinn, 2015	não	
Wang et al., 2014	sim	2 e 3
Wu e Shen, 2014	sim	1,2, 3 e 4
Yuan et al., 2014	sim	1, 2 e 5
Vertrees et al., 2013	não	
Besstremyannaya, 2013	sim	2, 3 e 4
Daidone e Street, 2013	sim	2 e 3
Quentin et al., 2013	sim	3
Sood et al., 2013	sim	1 e 3
O'Reilly et al., 2012	sim	3 e 4
Scheller-Kreinsen, 2012	sim	1, 2 e 3
Castaldi et al., 2011	sim	1, 2 e 3
Fuller; McCullough; Averill, 2011	não	
Pongpirul et al., 2011	sim	2 e 3
<i>Tipos de Triangulação: 1) diferentes métodos de coleta; 2) análise de dados; 3) diferentes populações/sujeitos (ou amostras/objetos); 4) diferentes perspectivas teóricas; 5) diferentes momentos no tempo</i>		

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A correlação dos resultados qualitativos e a robustez metodológica, se deu

em face de que em cada um dos achados citados no item 5.2 Repercussões Gerenciais, seja nas vantagens e desvantagens, bem como nos fatores intervenientes, teve pelo menos uma referência (artigo) que utilizou triangulação de dados para realizar a pesquisa.

A triangulação que mais apareceu foi a utilização de diferentes métodos de análise dos dados, como por exemplo a aplicação de diferentes técnicas para tratamento dos dados quantitativos. E a segunda estratégia de triangulação foi a aplicação da pesquisa com diferentes populações (mais de um hospital ou até mesmo mais de um país).

Esse resultado indica que os autores utilizaram diferentes abordagens para garantir que os resultados obtidos tinham sido submetidos ao rigor metodológico, e, portanto, a amostra utilizada de estudos na revisão, utilizou-se de artigos com baixo risco de conclusões com enviesamentos ou limitações próprias de um único método, o que conduziu a conclusões mais credíveis.

5.1.2 BIBLIOMETRIA

Esse item se dispõe a analisar estatisticamente as principais características dos artigos incluídos nesta revisão. Segundo Marcelo e Hayashi (2013) a análise bibliométrica possui, como principal característica, elaborar índices de produção do conhecimento científico, por meio da construção de indicadores bibliométricos.

Os indicadores utilizados nessa análise foram constituídos por: (a) Indicadores da Produção Científica - construídos a partir da contagem do número de publicações por país, ano de publicação e revistas; (b) Indicadores de Citação – construídos pela contagem do número de citações recebidas por uma publicação de artigo em periódico; (c) Indicadores de ligação – construídos pela ocorrência de coautorias, citações e palavras, sendo aplicados na elaboração de mapas de estrutura de conhecimento e redes de relacionamento entre pesquisadores. Esses mapas foram construídos com o auxílio do software VOSviewer®.

(a) Indicadores da Produção Científica

O primeiro indicador de produção analisado é a relação das publicações por

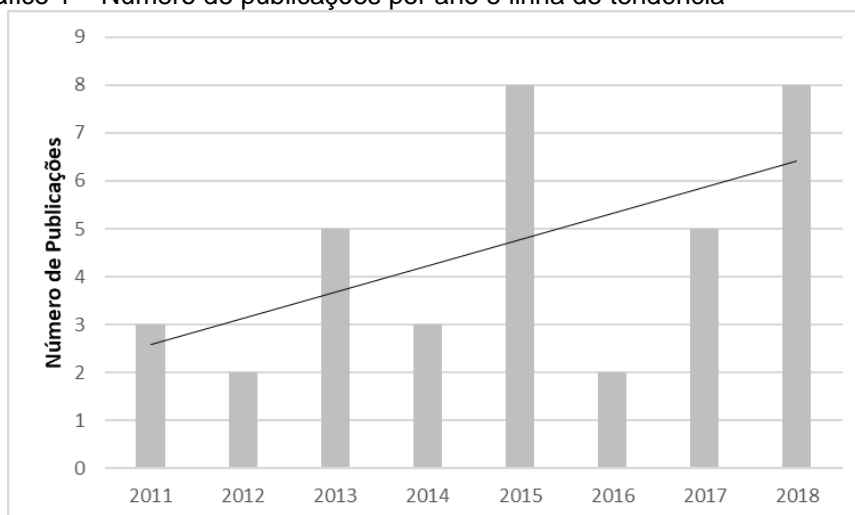
ano. A distribuição dos 36 artigos científicos referentes ao recorte temporal entre os anos de 2009 a 2018 estão representados no Gráfico 1 - Relação das Publicações por Ano.

Os dois primeiros anos (2009 e 2010) não tiveram estudos incluídos na presente revisão, devido aos critérios de exclusão pré-estabelecidos. Nos anos de 2011 e 2012, o total de artigos mantém-se estável com três e duas publicações respectivamente. No ano de 2013 houve um crescimento desse número, totalizando cinco artigos publicados sobre o tema da pesquisa, sendo que atinge o ápice do número de publicações em 2015 e 2018, com oito publicações em cada ano.

O número médio anual de artigos publicados no período foi de aproximadamente 5 (artigos/ano). Porém quando se compara a média dos anos de 2011 a 2014 (3 artigos/ano) com a média dos anos entre 2015 a 2018 (6 artigos/ano) verifica-se que a taxa de crescimento do segundo período em relação ao primeiro foi de 100%.

O Gráfico 1 apresenta uma linha de tendência, obtida por regressão linear, que confirma o crescimento nos últimos anos, levando a crer que o número de publicações para os próximos anos tende a aumentar.

Gráfico 1 – Número de publicações por ano e linha de tendência



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Outro indicador de produção é o número de publicações que cada revista realizou no tema do estudo. Ao total, os artigos incluídos na pesquisa foram publicados em 26 revistas diferentes. Destas, 6 (seis) revistas publicaram mais de

um dos artigos incluídos. O detalhamento com cada um dos estudos e as respectivas revistas onde foram publicados, encontra-se na Tabela 2 - Número de Citações por Estudos, descrita mais adiante no texto.

O Gráfico 2 demonstra as revistas que mais publicaram. Foram excluídas as revistas que tiveram apenas um artigo publicado, dos 36 incluídos na presente revisão e serão correlacionados às classificações das revistas consolidadas no quadriênio 2013-2016, do sistema Qualis Periódicos sob responsabilidade da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Ministério da Educação - CAPES.

O Qualis Periódicos, é um sistema usado para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação no que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos. Afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise de qualidade dos veículos de divulgação (BRASIL, 2019c). O Qualis Periódicos está dividido em oito estratos, em ordem decrescente de valor: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. Para ser incluído nos quatro estratos superiores, o periódico deve ter fator de impacto medido pelo Institute for Scientific Information (ISI), nos estratos seguintes também são medidos através de indicadores internacionais de indexação em bases como a Medline/PubMed e Scielo (BRASIL, 2019c).

Gráfico 2 - Publicações por Revistas Científicas



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A revista que possuiu mais número de artigos foi a Health Economics, com 4

(quatro) estudos publicados. Essa revista é classificada como A1 na área da economia e B1 em medicina, que são duas áreas temáticas da presente revisão.

A Health Affairs e a BMC Health Services Research publicaram 3 (três) artigos cada uma, e ambas possuem classificação A1 em saúde coletiva no Qualis Periódicos. A revista Health Economics, Policy and Law publicou 2 (dois) dos artigos incluídos no estudo, sendo que sua classificação no Qualis é A2 na área de ciência política e relações internacionais, não possuindo nenhuma classificação em outras áreas relacionadas ao tema desta revisão.

A revista Social Science e Medicine, com classificação A1 em saúde coletiva e B1 em medicina, e a revista Swiss Medical Weekly com classificação B2 em medicina, tiveram dois artigos publicados.

De um modo geral as publicações foram bem heterogêneas, abrangendo um número grande de revistas e de países (como será observado no próximo indicador), e as revistas que mais publicaram possuem boa classificação perante os órgãos de avaliação internacionais, que reflete no Qualis Periódicos, que utiliza desses critérios para formar sua nota.

O último indicador avaliado é referente aos países onde estão localizados os centros de estudos dos pesquisadores envolvidos em cada uma das pesquisas que culminaram nos artigos incluídos. O critério de utilizar o país sede, ao invés do centro de estudo foi adotado, pois os centros eram muito heterogêneos e salvo em duas exceções, não se repetiam.

As pesquisas foram conduzidas por pesquisadores que fazem parte de centros de estudos de 18 países diferentes, distribuídos em todos os continentes do mundo, com exceção da Oceania, conforme descrito no Quadro 6 - Relação dos Países Sede dos Pesquisadores, abaixo.

Quadro 6 – Países sedes dos centros de estudos dos pesquisadores

Autores/ Países dos Centros de Estudos	Alemanha	Canadá	China	Coreia do Sul	E.U. A	Finlândia	Gana	Holanda	Inglaterra	Irlanda	Irã	Itália	Japão	Noruega	Suíça	Taiândia	Tanzânia	Taiwan
Andoh-Adjei et al., 2018																		
Binyaruka et al., 2018																		
Bojke et al., 2018																		
Eliason et al., 2018																		
Gray et al., 2018																		
Jung et al., 2018																		
Liu et al., 2018																		
Yu; Qiu; He, 2018																		
Kifmann e Siciliani, 2017																		
Liu et al., 2017																		
Mayumana et al., 2017																		
McLawhorn e Buller, 2017																		
Slotkin et al., 2017																		
Moos et al., 2016																		
Samuel et al., 2016																		
Hernandez et al., 2015																		
Hu et al., 2015																		
Kim, H et al., 2015																		
Kim, Y et al., 2015																		
Liang, 2015																		
Mehra et al., 2015																		
Moon, 2015																		
Quinn, 2015																		
Wang et al., 2014																		
Wu e Shen, 2014																		
Yuan et al., 2014																		
Vertrees et al., 2013																		
Besstremyannaya, 2013																		
Daidone e Street, 2013																		
Quentin et al., 2013																		
Sood et al., 2013																		
O'Reilly et al., 2012																		
Scheller-Kreinsen, 2012																		
Castaldi et al., 2011																		
Fuller et al., 2011																		
Pongpirul et al., 2011																		

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O país que mais teve centros de estudos conduzindo as pesquisas foi os Estados Unidos, com 13 estudos, representando 28% do total. Na sequência foi a

China e a Inglaterra, com 6 (seis) estudos cada uma, representando 13% dos estudos conduzidos na temática e incluídos na revisão. A Coréia do Sul, teve três estudos incluídos, representando 6% do total. Os demais países tiveram apenas 1 (um) ou 2 (dois) estudos incluídos nesta pesquisa, podendo ser observado mais detalhadamente no quadro acima.

O Brasil que faz parte da América, apesar de bem representada pelos Estados Unidos, não teve nenhum Centro de Estudos conduzindo pesquisas referentes ao tema e que tivesse sido incluído na revisão.

(b) Indicadores de Citação

Os indicadores dessa categoria são construídos pela contagem do número de citações recebidas por uma publicação de artigo em periódico, sendo essa a forma mais reconhecida de atribuir crédito ao autor (MARCELO e HAYASHI, 2013). Reflete, potencialmente, o impacto dos artigos ou assuntos citados, os estudos incluídos na revisão, com as respectivas revistas que onde foram publicadas e o número de citações que tiveram, estão na Tabela 2, demonstrada abaixo.

O estudo mais citado por outros autores foi o de O'Reily et al. (2012), que recebeu 114 citações, e foi publicado em uma revista conceito Qualis Periódicos A2 na área da medicina. Quentin et al. (2013) teve 43 citações, e o artigo foi publicado em uma revista conceito A1 em saúde coletiva. Ambos estudos possuem um tempo considerável de publicação, fator que colabora para o número de citações, uma vez que estão disponíveis há mais tempo para servir de referências para outros estudos. Os 2 (dois) estudos com maiores citações, seguem um padrão de publicação em periódicos com ótima avaliação perante o ISI, que serve como base para o Qualis.

Um estudo que foi muito citado, em 42 oportunidades e que foi publicado recentemente, foi o artigo de McLawhorn e Buller, do ano de 2017, e teve o artigo publicado em um periódico conceito B2 na área da medicina. Este artigo, apesar do pouco tempo disponível para acesso, teve um impacto significativo, e foi muito citado na presente revisão.

Tabela 2 - Número de Citações por Estudos

Autores	Ano	Título	Periódico	Nº de vezes que foram citados
O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M	2012	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries	Health Economics Policy and Law	114
Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R	2013	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States	Health Affairs	43
McLawnhorn, AS; Buller, LT	2017	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality	Current Reviews in Musculoskeletal Medicine	42
Besstremyannaya, G	2013	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach	Japanese Economic Review	34
Quinn, Kevin	2015	The 8 basic payment methods in health care	Annals of Internal Medicine	19
Sood, N; Huckfeldt, PJ; Grabowski, DC; Newhouse, JP; Escarce, JJ	2013	The effect of prospective payment on admission and treatment policy: Evidence from inpatient rehabilitation facilities	Journal of Health Economics	16
Mayumana, I; Borghi, J; Anselmi, L; Mamdani, M; Lange, S	2017	Effects of Payment for Performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania	Social Science & Medicine	16
Pongpirul, K; Walker, DG; Rahman, H; Robinson, C	2011	DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand	BMC Health Services Research	15

Autores	Ano	Título	Periódico	Nº de vezes que foram citados
Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC	2015	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan	Health Affairs	15
Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW	2018	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals	American Economic Review	15
Fuller, RL; McCullough, EC; Averill, RF	2011	A New Approach to Reducing Payments Made to Hospitals with High Complication Rates	Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing	14
Daidone, S; Street, A	2013	How much should be paid for specialised treatment?	Social Science & Medicine	14
Kim, YS; Kleerup, EC; Ganz, PA; Ponce, NA; Lorenz, KA; Needleman, J	2015	Medicare Payment Policy Creates Incentives For Long-Term Care Hospitals To Time Discharges For Maximum Reimbursement	Health Affairs	14
Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK	2015	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy	Annals of Surgical Treatment and Research	14
Scheller-Kreinsen, D	2012	How well do diagnosis-related group system group breast cancer surgery patients? Evidence from 10 european countries	Health Economics	12

Autores	Ano	Título	Periódico	Nº de vezes que foram citados
Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin	2014	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China	Pharmaco Economics	11
Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F	2011	Payment for performance (P4P): any future in Italy?	BMC Public Health	10
Vertrees, James C.; Averill, Richard F.; Eisenhandler, Jon; Quain, Anthony; Switalski, James	2013	Bundling Post-Acute Care Services into MS-DRG Payments	Medicare & Medicaid Research Review	10
Wu, VY; Shen, YC	2014	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes	BMC Health Services Research	10
Liang, Li-Lin	2015	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?	Health Economics	9
Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM	2015	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model	Swiss Medical Weekly	8
Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN	2016	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement	Clinical Orthopaedics and Related Research	5
Kifmann, M; Siciliani, L	2017	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector	Health Economics	5

Autores	Ano	Título	Periódico	Nº de vezes que foram citados
Wang, ZX; Liu, R; Li, P; Jiang, C	2014	Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China	Pakistan Journal of Medical Sciences	4
Moos, RM; Sprengel, K; Jensen, KO; Jentzsch, T; Simmen, HP; Seifert, B; Ciritsis, B; Neuhaus, V; Volbracht, J; Mehra, T	2016	Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG	Swiss Medical Weekly	3
Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX	2017	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system	International Health	3
Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, SA	2017	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience	Neurosurgery	3
Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst	2018	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care	BMC Health Services Research	3
Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY	2015	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study	Journal of the Chinese Medical Association	2
Moon, SUB	2015	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea	Journal of Multidisciplinary Healthcare	1

Autores	Ano	Título	Periódico	Nº de vezes que foram citados
Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang	2018	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand	Health Economic Policy Law	1
Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J	2018	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania	Health Policy and Planning	1
Bojke, C; Grasic, K; Street, A	2018	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?	Health Economics	1
Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH	2018	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals	Yonsei Medical Journal	0
Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S	2018	"Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"	Health Scope	0
Liu, X; Mao, YH; Wang, HT; Chen, XG; Zhao, B; Sun, Y	2018	Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing	Chinese Medical Journal	0
Total de citações:				487

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Na parte final da Tabela 2, encontram-se os artigos que foram pouco citados

ou não tiveram nenhuma citação. Todos os artigos que tiveram menos de 10 citações em outros estudos na literatura, são posteriores ao ano de 2015, sendo que os 3 (três) artigos não citados (JUNG, YW et al., 2018; GRAY et al., 2018; LIU et al., 2018) são publicações recentes. Dos três estudos que não tiveram citações, apenas o artigo de Liu et al. (2018), foi publicado em uma revista que estava indexada no Qualis Periódicos, e tem o conceito B3 na área da medicina.

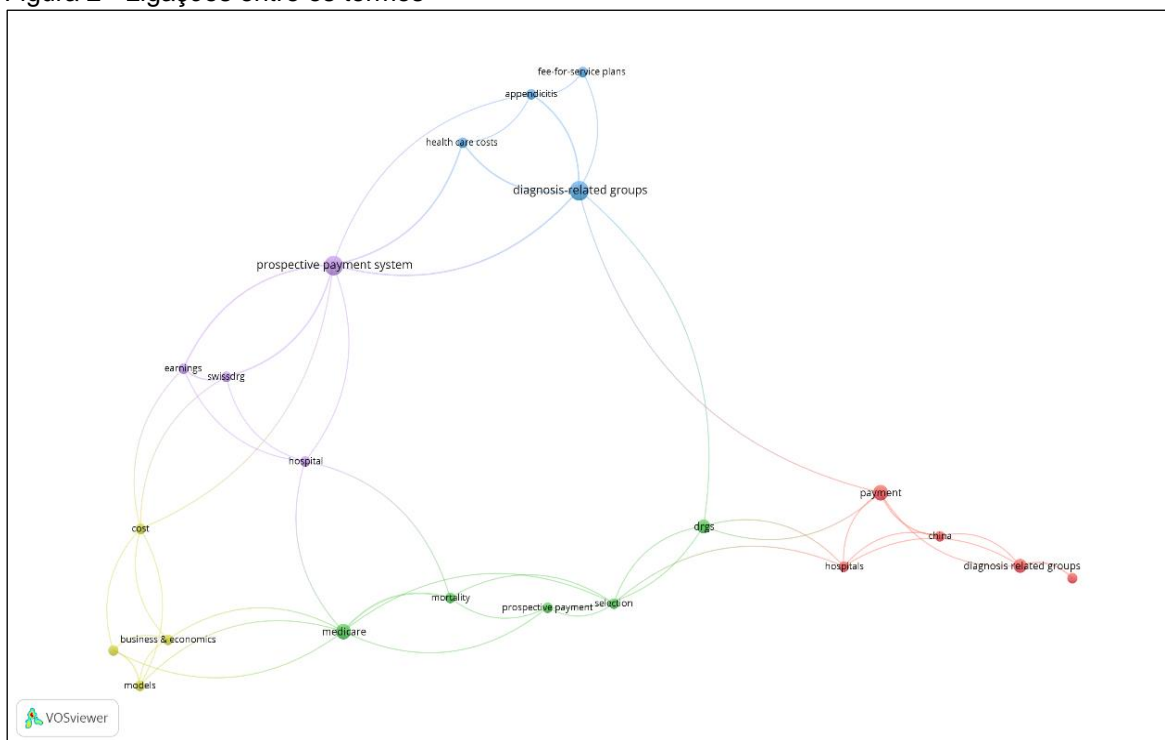
O conjunto de estudos incluídos na revisão atingiu um total de 487 citações por outros autores, na literatura.

(c) Indicadores de Ligação

Esses indicadores foram construídos pela ocorrência de coautorias, citações e palavras, sendo aplicados na elaboração de mapas de estrutura de conhecimento e redes de relacionamento entre pesquisadores, com o auxílio do software VOSviewer®.

O primeiro indicador de ligação analisado foram as palavras-chaves dos estudos primários. Foram identificadas 127 palavras-chave nos 36 artigos, das quais foram descartadas 102 por terem sido mencionadas apenas uma vez pelos artigos, restando um total de 22 palavras que foram mencionadas no mínimo em duas ocorrências.

Figura 2 - Ligações entre os termos



Fonte: Elaborado pela autora no software VOSviewer® (2020).

Na Figura 2 é possível identificar os termos que mais apresentam ligações entre eles. As 22 palavras-chave apresentam 48 ligações entre elas (frequência que foram utilizados com outras palavras), sendo que o termo “prospective payment system” se liga à outras 11 palavras, “diagnosis-related group” a outras 9 (nove) e “payment” à outras 6 palavras.

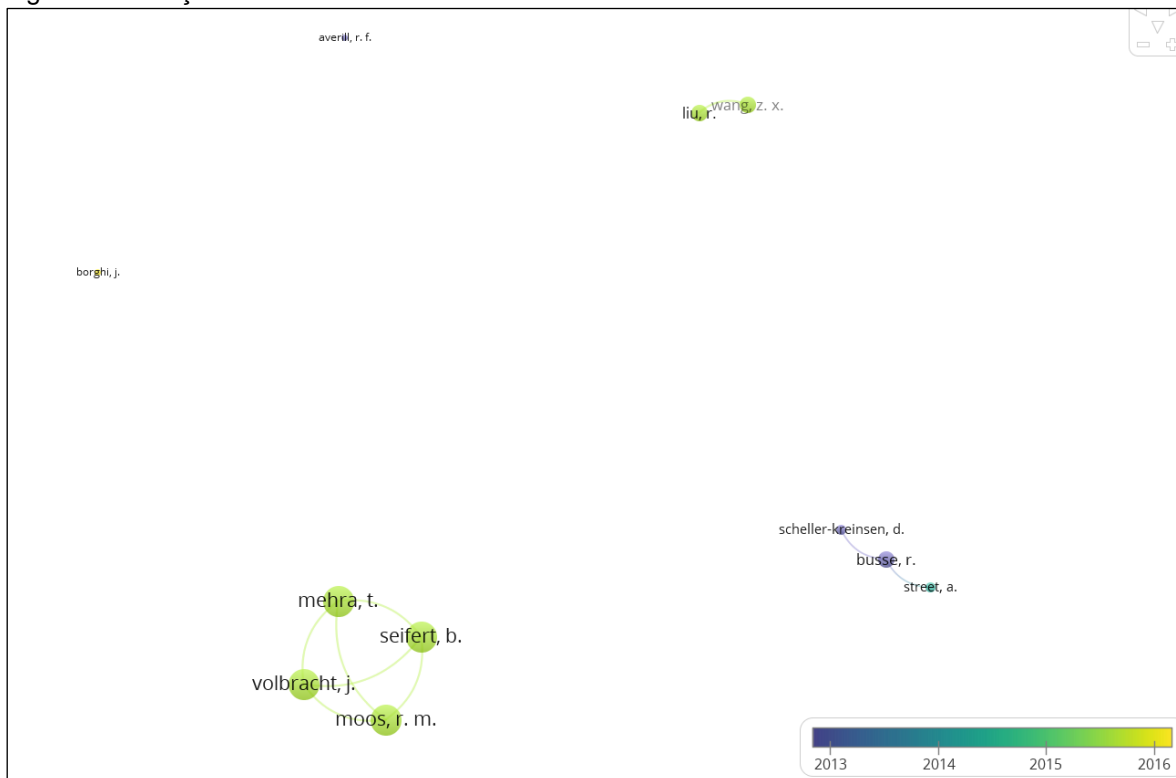
A palavra-chave com maior ocorrência foi “diagnosis-related group” (e sua variação sem hífen e abreviatura - DRG) presente em 9 artigos. Na sequência foi o termo “prospective payment systems” com 5 (cinco) artigos utilizando como descritor de busca. Os termos “health care” e “health insurance” aparecem em 4 (quatro) artigos.

As palavras-chave recuperadas permitiram verificar a relação da presente revisão com as temáticas utilizadas pelos estudos primários, já que há uma similaridade entre os termos de buscas. Foi evidenciado que os estudos também utilizaram em suas pesquisas os tipos de métodos de pagamentos praticados na saúde, sob o ponto de vista dos hospitais e planos de saúde.

Outro indicador de ligação é a relação de autores e coautores nos diferentes estudos. Essa relação, também gerada pelo software VOSviewer® na Figura 3 - Relação de Autores e Coautores, demonstra a pequena relação entre os autores.

Dos 161 autores dos 36 estudos, apenas 11 possuem mais de uma publicação, sendo que apenas 7 apresentam relações entre eles. Esse fato caracteriza os estudos incluídos na revisão, como bem dissociados entre si, conferindo uma heterogeneidade nas opiniões e resultados dos estudos, nos centros de pesquisa e países sede, como já demonstrado nos outros indicadores.

Figura 3 - Relação de Autores e Coautores



Fonte: Elaborado pela autora no software VOSviewer® (2020).

Os autores Mehra, Volbracht, Seifert e Moos, são autores ou coautores de 3 (três) trabalhos em conjunto, todos publicados em 2015, em centros de estudos suíços e finlandeses. Scheller-Kreinsen e Busse atuaram juntos em 2 (dois) artigos do ano de 2012, em centros de estudos localizados na Inglaterra e Alemanha. Esse último autor teve colaboração de Street no ano de 2014, também pesquisando em um centro de estudos inglês.

Os indicadores bibliométricos aqui apresentados permitiram traçar um delineamento a respeito dos artigos primários incluídos na revisão, foi demonstrado que as publicações acerca da temática da revisão estão em ascensão. Foram apontadas as revistas que realizaram as publicações e correlacionadas o impacto

com as citações de cada artigo e as classificações das revistas no Qualis. Também foi possível estabelecer um perfil de países que foram os campos de pesquisa dos estudos, de acordo com a análise dos países sedes dos centros de estudos.

As três classes de indicadores bibliométricos, indicador de produção científica, citação e ligação, foram contemplados conforme preconizado na literatura (MARCELO e HAYASHI, 2013).

5.1.3 ANÁLISE DOS OBJETIVOS DOS ESTUDOS

Os estudos primários foram agrupados de acordo com os objetivos similares. Os resultados desta análise compreendem: avaliar desempenho econômico entre os diferentes métodos de pagamento, avaliar os impactos nos indicadores de qualidade e desempenho após introdução de um novo método de pagamento, analisar mudança de comportamento dos provedores após mudança do método e avaliar a motivação e as necessidades dos provedores na adesão de determinado método. As conclusões de cada estudo, de acordo com os objetivos estabelecidos, também são demonstradas nos quadros abaixo.

Com objetivo de avaliar o desempenho econômico dos provedores após a introdução de determinado método de pagamento, 17 estudos foram escritos sob esta perspectiva, conforme observamos no Quadro 7.

Quadro 7 - Objetivo dos estudos: avaliar desempenho econômico entre os diferentes métodos de pagamento

Autores	Ano	Título	Métodos praticados /avaliados	Conclusão do estudo
Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang	2018	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand	FFS	aumento dos custos com o modelo atual

Autores	Ano	Título	Métodos praticados /avaliados	Conclusão do estudo
Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin	2014	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China	FFS com limite global por conta	resultados poucos significativos para conter custos
Vertrees, James C.; Averill, Richard F.; Eisenhandler, Jon; Quain, Anthony; Switalski, James	2013	Bundling Post-Acute Care Services into MS-DRG Payments	DRG	impacto positivo no resultado econômico
Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J	2018	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania	P4P	pagamentos desiguais entre os provedores
Liu, X; Mao, YH; Wang, HT; Chen, XG; Zhao, B; Sun, Y	2018	Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing	DRG	impacto positivo no resultado econômico
Bojke, C; Grasic, K; Street, A	2018	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos
McLawnhorn, AS; Buller, LT	2017	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality	FFS e bundle	baseado em valor apresenta redução de custos
Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX	2017	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system	DRG	impacto positivo no resultado econômico

Autores	Ano	Título	Métodos praticados /avaliados	Conclusão do estudo
Moos, RM; Sprengel, K; Jensen, KO; Jentzsch, T; Simmen, HP; Seifert, B; Ciritsis, B; Neuhaus, V; Volbracht, J; Mehra, T	2016	Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos
Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN	2016	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos
Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovannoli, P; Plock, J; Moos, RM	2015	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos
Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK	2015	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy	DRG e FFS	resultados poucos significativos para conter custos
Moon, SUB	2015	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea	DRG e FFS	impacto positivo no resultado econômico
Wu, VY; Shen, YC	2014	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos

Autores	Ano	Título	Métodos praticados /avaliados	Conclusão do estudo
Besstremyannaya, G	2013	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach	FFS e DRG	resultados poucos significativos para conter custos
Daidone, S; Street, A	2013	How much should be paid for specialised treatment?	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos
Scheller-Kreinsen, D	2012	How well do diagnosis-related group system group breast cancer surgery patients? Evidence from 10 European countries	DRG	receitas não contemplam pacientes complexos

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Ao analisar o desempenho econômico, 17 estudos compararam os resultados após a substituição de um modelo de pagamento por serviço para um modelo prospectivo e concluíram que a adoção deste novo método ocasionou um impacto positivo no resultado final, ao reduzir os custos do tratamento (VERTREES et al., 2013; LIU et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER., 2017; LIU et al., 2017; MOON, 2015).

Yu et al. (2018), descreve ainda, um aumento crescente dos gastos em saúde com o uso do FFS. Yuan et al. (2014) analisou o método de FFS com limite global e apontou resultados irrelevantes na contenção dos gastos. Kim, H. et al. (2015) e Besstremyannaya (2013) obtiveram as mesmas conclusões ao estimar as mudanças após o uso do DRG nos serviços em substituição ao FFS.

Binyaruka et al. (2018), ao comparar diferentes provedores, concluiu que o pagamento por performance (P4P), realizava pagamentos desiguais entre eles, devido aos indicadores que eram utilizados para medir o desempenho.

Por fim, dentre os estudos cujo objetivo era medir os impactos no desempenho econômico dos serviços, foram descritas falhas no sistema de codificação e precificação dos métodos prospectivos, que impactaram no valor pago por paciente (BOJKE et al., 2018; MOOS et al., 2016; SAMUEL et al., 2016; MEHRA et al., 2015; WU e SHEN, 2014; DAIDONE e STREET, 2013; SCHELLER-KREINSEN, 2012). Estes estudos referem que pacientes mais complexos e graves,

não tem sua remuneração adequada, ocasionando perdas financeiras ou expondo os provedores ao risco.

O segundo objetivo que os estudos primários foram agrupados consistiu em avaliar efeitos da mudança nos indicadores de qualidade e desempenho, nos quais 12 artigos descreveram seus resultados relacionados a este tema, conforme podemos observar no Quadro 8.

Quadro 8 - Objetivo dos estudos: avaliar efeitos da mudança nos indicadores de qualidade e desempenho

Autores	Ano	Título	Métodos praticados / avaliados	Conclusão do estudo
Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin	2014	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China	FFS com limite global por conta	não houve impacto negativo na qualidade do atendimento prestado
Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J	2018	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania	P4P	melhora dos indicadores de qualidade
Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S	2018	Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals	P4P	cooperação/trabalho em equipe/serviços
Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, SA	2017	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience	Baseado em Valor, FFS	baseado em valor apresenta aumento qualidade em relação ao FFS
Mayumana, I; Borghi, J; Anselmi, L; Mamdani, M; Lange, S	2017	Effects of Payment for Performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania	P4P	cooperação/trabalho em equipe/serviços; melhora de acesso

Autores	Ano	Título	Métodos praticados / avaliados	Conclusão do estudo
Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH	2018	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals	DRG e FFS	melhora de desempenho/eficiência
McLawnhorn, AS; Buller, LT	2017	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality	FFS e Baseado em Valor	baseado em valor apresenta aumento qualidade em relação ao FFS
Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX	2017	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system	DRG	melhora de desempenho/eficiência
Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK	2015	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy	DRG e FFS	melhora de desempenho/eficiência
Moon, SUB	2015	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea	DRG e FFS	melhora de desempenho/eficiência; não houve impacto negativo na qualidade do atendimento prestado
Wu, VY; Shen, YC	2014	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes	DRG	piora nos indicadores de qualidade com o corte de repasses
Besstremyanna ya, G	2013	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach	FFS e DRG	impacto pouco significativo na eficiência

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

De acordo com a conclusão descrita pelos pesquisadores Binyaruka et al. (2018), Slotkin et al. (2017), McLawnhorn e Buller (2017), ao introduzir um método de pagamento baseado em desempenho e valor ao paciente, em substituição ao FFS, os indicadores que medem a qualidade do atendimento prestado e dos

desfechos clínicos, tiveram significativa melhora, atendendo ao objetivo proposto inicialmente nos estudos.

Outros pesquisadores apenas verificaram que não haviam tido um impacto negativo (ou seja, os indicadores de qualidade assistencial não tiveram prejuízo) com a mudança de método de pagamento (YUAN et al., 2014) que avaliaram a substituição do FFS por FFS com limite global e Moon et al. (2015) que avaliaram que a introdução do DRG reduziu custos e não deteriorou a qualidade prestada.

Com relação a resultados que medem eficiência dos serviços, capacidade de resolubilidade dos casos, queda na média de permanência dos pacientes em hospitais, 04 (quatro) estudos abordaram este tema. Segundo Jung et al. (2018), Liu et al. (2017), Kim, H. et al. (2015) e Moon (2015), o uso do método prospectivo DRG nas instituições pesquisadas, obteve resultados expressivos quanto à eficiência dos serviços.

Gray et al. (2018) e Mayumana et al. (2017) descrevem ganhos de eficiência nos serviços que operavam sob o método de pagamento por desempenho (P4P), com uma abordagem diferente dos outros estudos. Eles concluíram que com o uso do P4P, houve uma melhor dinâmica de trabalho entre as equipes e/ou serviços, reduzindo atividades que não agregavam valor ao paciente e melhorando o acesso aos serviços.

O objetivo de dois estudos primários não encontrou um desfecho positivo. Segundo Wu e Shen (2014) após corte de repasse de receitas para reembolso de provedores que operavam com o método DRG, houve piora nos resultados dos indicadores de qualidade assistencial. Enquanto Besstremyannaya (2013) apontou que o sistema de saúde japonês não obteve ganhos significativos em eficiência com a introdução do DRG em detrimento do FFS no país.

O terceiro objetivo analisado foi o que se referiu ao comportamento dos provedores. Os estudos primários analisaram se o método que os serviços adotaram mediava a forma como prestavam a assistência e se achados de mudança de comportamento após introdução de novo método seriam encontrados.

Todos os 09 (nove) estudos que tinham este objetivo descreveram alguma mudança de comportamento moderada pelo método de pagamento, como podemos observar no Quadro 9.

Quadro 9 - Objetivo dos estudos: analisar mudança de comportamento dos provedores após mudança do método

Autores	Ano	Título	Métodos praticados/ avaliados	Conclusão do estudo
Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J	2018	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania	P4P	comportamento fortemente relacionado aos benefícios recebidos
Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW	2018	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals	DRG	alta após atingir o limite de pagamento recebido
Kifmann, M; Siciliani, L	2017	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector	DRG	capacidade de assumir riscos varia conforme o altruísmo da instituição
Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY	2015	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study	DRG	serviços adicionais ajustados para os códigos mais lucrativos
Kim, YS; Kleerup, EC; Ganz, PA; Ponce, NA; Lorenz, KA; Needleman, J	2015	Medicare Payment Policy Creates Incentives For Long-Term Care Hospitals To Time Discharges For Maximum Reimbursement	DRG	alta após atingir o limite de pagamento recebido
Liang, Li-Lin	2015	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?	DRG	seleção de pacientes mais lucrativos
Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC	2015	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan	Baseado em Valor e Capitação	pagamentos adicionais estimulam a aquisição de inovações
Sood, N; Huckfeldt, PJ; Grabowski, DC; Newhouse, JP; Escarce, J	2013	The effect of prospective payment on admission and treatment policy: Evidence from inpatient rehabilitation facilities	DRG e baseado em valor	mix de casos ajustados a códigos mais lucrativos

Autores	Ano	Título	Métodos praticados/ avaliados	Conclusão do estudo
Pongpirul, K; Walker, DG; Rahman, H; Robinson, C	2011	DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand	DRG	mix de casos ajustados a códigos mais lucrativos

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Ao analisar provedores que adotam o DRG, os pesquisadores observaram descargas (altas dos pacientes) realizadas imediatamente após o tempo de internação atingir o valor máximo ofertado de reembolso pelas operadoras (ELIASON et al., 2018; KIM, H. et al., 2015). Essa conclusão pode inferir que os pacientes estavam permanecendo mais tempo internados, até que seu tratamento tivesse um reembolso maior, ou que altas precoces eram dadas, apenas porque se permanecessem mais tempo nos hospitais, o reembolso não seria proporcionalmente maior, o que poderia diminuir a margem de lucro das instituições.

Quando se trata de assumir um comportamento de risco os pesquisadores correlacionaram esta tendência ao grau de altruísmo da entidade, ou seja, o quanto este provedor estava disposto a arcar com os custos de um eventual prejuízo financeiro (KIFMANN e SICILIANI, 2017).

Outros estudos descrevem que os provedores prestam serviços e tratamentos para os DRGs de acordo com a remuneração recebida (HU et al., 2015; LIANG, 2015; SOOD et al., 2013; PONGPIRUL et al., 2011). Este atendimento se realiza pelo lançamento de serviços e procedimentos para códigos mais lucrativos (manipulação de códigos e informações) ou pela seleção de pacientes que possuem códigos que reembolsam com maior valor. Este último impacta diretamente no acesso ao tratamento de pessoas com códigos menos lucrativos.

Binyaruka et al. (2018) analisaram o comportamento dos serviços que adotam o P4P. Os achados corroboraram a influência do método de pagamento e as métricas utilizadas, para aumentar o reembolso pago, pelos tratamentos dispensados aos pacientes. O cuidado e os recursos aplicados são direcionados àqueles que geram desfechos com impacto direto nos indicadores usados para medir o desempenho do provedor, e que são utilizados pelos planos de saúde no momento de reembolsar.

Outra conclusão relacionada a este objetivo, se refere a tendência dos provedores em adquirir, e assim investir recursos financeiros, em novas tecnologias. Hernandez et al. (2015) descreve que apenas com a prática de pagamentos adicionais pela aquisição de inovações na prática assistencial (novos medicamentos e equipamentos), que os provedores que operam sob métodos de pagamentos prospectivos, estão dispostos a investir.

O último objetivo que os estudos primários foram agrupados pela sua similaridade, diz respeito a avaliar a motivação e a necessidade dos provedores para aderir a um novo método. Sete estudos descrevem as expectativas que motivam um provedor a aderir um novo método e quais as necessidades iniciais para a migração ocorrer. Quadro 10, podemos observar o detalhamento deste objetivo.

Quadro 10 - Objetivo dos estudos: avaliar a motivação e a necessidade dos provedores para aderir a um novo método

Autores	Ano	Título	Métodos praticados/ avaliados	Conclusão do estudo
Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst	2018	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care	Capitação, FFS e DRG	referem receptividade para aderir a Capitação, motivados pela experiência de redução de custos e aumento de eficiência
Quinn, Kevin	2015	The 8 basic payment methods in health care	DRG, Capitação, FFS, Baseado em Valor	cada um incentiva e desencoraja em situações particulares
Wang, ZX; Liu, R; Li, P; Jiang, CH	2014	Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China	DRG	boa avaliação das características influenciadoras na gravidade/risco do pcte devem ser consideradas antes de elaborar a codificação e precificação
Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R	2013	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States	DRG	maior refinamento proporciona receitas mais compatíveis com os custos

Autores	Ano	Título	Métodos praticados/ avaliados	Conclusão do estudo
O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M	2012	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries	DRG	motivados pela experiência de redução de custos e aumento de eficiência
Fuller, RL; McCullough, EC; Averill, RF	2011	A New Approach to Reducing Payments Made to Hospitals with High Complication Rates	DRG	maior refinamento proporciona receitas mais compatíveis com os custos
Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F	2011	Payment for performance (P4P): any future in Italy?	P4P	boa avaliação das características influenciadoras na gravidade/risco do pcte devem ser consideradas antes de elaborar a codificação e precificação

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Os pesquisadores apontam que antes de aderir a um método de pagamento prospectivo, é necessária uma avaliação das características influenciadoras na gravidade/risco do paciente e que estas devem ser consideradas antes de elaborar a codificação e precificação (WANG et al., 2014; QUENTIN et al., 2013; FULLER, et al., 2011; CASTALDI et al., 2011). O levantamento adequado das características definidoras de gravidade, traz um maior refinamento dos códigos, impactando em reembolsos compatíveis com os custos.

Com relação às expectativas que motivam um provedor ou sistema de saúde a adotar um novo método, os pesquisadores referem que a experiência de outros países na redução de custos e aumento de eficiência, é a maior motivadora (ANDOH – ADJEJ et al., 2018; O'REILLY et al., 2012).

Finalizando análise deste objetivo, de acordo com Quinn (2015), cada método incentiva e desencoraja os provedores em situações particulares, portanto o estudo sugere que um mix com os oito modelos abordados no artigo, seja implantado, para que o provedor e plano de saúde se beneficie com as vantagens diferentes demonstradas em cada um deles.

O agrupamento dos estudos de acordo com os objetivos permitiu conhecer não só a intenção, como também as conclusões que cada pesquisador obteve.

Alguns pontos positivos e negativos de cada método já foram abordados, e serão aprofundados no capítulo seguinte. As necessidades para implantação de um novo método, também foram descritas no último objetivo analisado. Elas serão detalhadas de acordo com cada método específico e encontrado na literatura, no item que tratará das repercussões gerenciais.

5.2 Repercussões Gerenciais

A implantação de novos modelos de remuneração pode ser mais propensa ao sucesso se os prestadores participam voluntariamente. Desta forma, este estudo pretende auxiliar o gestor na tomada de decisão, quanto à modernização dos sistemas de pagamento.

Este item pretende descrever todas as repercussões gerenciais no processo de adoção e implantação de um novo modelo de remuneração na saúde, atendendo ao objetivo geral e específicos propostos no estudo. Serão discutidas as vantagens e desvantagens de cada método descrito nos estudos incluídos na revisão, bem como as variáveis que influenciam o funcionamento prático dos modelos.

Ao final da descrição, será adicionada uma matriz que objetiva resumir as principais necessidades para que seja efetivada a mudança.

5.2.1 VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS PRATICADOS

Nos itens a seguir serão descritos as vantagens (pontos fortes) e desvantagens (fragilidades) dos diferentes métodos levantados na revisão. Os itens foram subdivididos em métodos retrospectivos ou contas abertas e métodos prospectivos ou contas fechadas.

5.2.1.1 Métodos Retrospectivos – Conta aberta

O modelo retrospectivo de pagamento, caracterizado pelo pagamento pós cuidado terá suas vantagens e desvantagens descritas nos itens a seguir.

5.2.1.1.1 Vantagens dos Métodos de Pagamentos Retrospectivos

Dentre os métodos que utilizam conta aberta para receber o reembolso dos pelos serviços prestados, a revisão de literatura descreveu o método FFS tradicional e uma derivação desse, com limite global por conta (YUAN et al., 2014; QUINN, 2015; JUNG et al., 2018; YU et al., 2018), como podemos observar no Quadro 11,

O aumento do acesso aos serviços de saúde pela população, foi uma vantagem citada nos dois métodos retrospectivos (YAUN et al., 2014; QUINN, 2015; YU et al., 2018). De acordo com Yuan et al. (2014), os modelos de FFS na China, criaram incentivos para pacientes buscarem os serviços, uma vez que anteriormente os gastos com saúde eram custeados pelos próprios pacientes. Ao mesmo tempo o modelo incentiva os provedores a ofertarem os serviços e tratamentos, pois há pouca regulação no comportamento médico, visto que todo procedimento realizado é remunerado (filosofia da conta aberta), mesmo que com certo teto de gastos aplicado às contas.

Outra vantagem significativa atribuída às duas modalidades de FFS, é que estes métodos podem ser aplicados em todas as áreas de um hospital, incluindo os serviços externos, que são compostos pelos atendimentos de urgência e emergência, ambulatórios de consultas eletivas e serviços diagnósticos (YAUN et al., 2014; JUNG et al., 2018).

Consideramos esta vantagem significativa, pois este tipo de atendimento prestado aos pacientes representa uma fatia grande na necessidade de serviços da população e contemplaria um provedor que possui várias modalidades de serviços e atendimentos (a exemplo de hospitais de grande porte), sem que houvesse a

necessidade de adotar mais de um método de pagamento. Segundo Jung et al. (2018) há métodos prospectivos de pagamento que não se aplicam a esta modalidade de atendimento.

Jung et al. (2018) cita como vantagem no FFS, o método mais simples e menos burocrático para adotar. Este sistema de conta aberta, onde todos os recursos utilizados nos pacientes são debitados e cobrados do plano de saúde, requer poucos processos para se efetivar o reembolso e não necessita de altos investimentos em tecnologia, o que provavelmente justifique o seu uso em ampla escala nos países menos desenvolvidos.

Quadro 11 - Vantagens dos Métodos Retrospectivos de Pagamento

	Vantagens	Autores	Artigo
FFS	Aumento do acesso aos serviços	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
		Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
		Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Sistema menos burocrático, mais fácil de aplicar	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Aplica-se a serviços externos (CDI, emerg e Ambu)	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
FFS com limite global por conta	Aumento do acesso aos serviços	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
	Aplica-se a serviços externos (CDI, emerg e Ambu)	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.2.1.1.2 Desvantagens dos Métodos de Pagamentos Retrospectivos

Os artigos pesquisados se concentraram em descrever as desvantagens (fragilidades) dos métodos de pagamentos retrospectivos, pelo fato dos seus estudos realizarem um comparativo com outro método de pagamento substitutivo.

As desvantagens descritas em 09 (nove) estudos (SLOTKIN et al., 2017; ANDOH-ADJEI et al., 2018; BESSTREMYANNAYA, 2013; MOON, 2015; MCLAWHORN e BULLER, 2017; JUNG et al., 2018; YU et al., 2018; QUINN, 2015; YUAN et al., 2014), são comuns às duas variações do método FFS e como podemos observar no Quadro 12, tratam de aspectos que impactam na viabilidade econômica e financeira dos envolvidos, e também nos aspectos clínicos e na assistência prestada aos pacientes.

Quadro 12 - Desvantagens dos Métodos Retrospectivos de Pagamento

Desvantagens	Autores	Artigo
Custo elevado	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Risco Financeiro à pacientes e operadoras	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care

Desvantagens	Autores	Artigo
	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
Ineficiência	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
Prescrição excessiva de medicamentos/procedimentos	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
Ausencia de coordenação do cuidado (protocolos, medicina)	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience

Desvantagens	Autores	Artigo
baseada em evidência)	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng, Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China

A desvantagem mais descrita na literatura pesquisada diz respeito à prescrição excessiva de medicamentos e procedimentos. Relatando a experiência chinesa, Yu et al. (2018), referem que o tratamento médico excessivo é difundido por causa da falta de controle financeiro efetivo e dos mecanismos de governança estabelecidos pelo sistema de saúde. A alta assimetria na informação permite aos médicos determinar que a curva de demanda deve ser deslocada para a direita (ofertar serviços mais caros), a fim de receber maiores reembolsos.

Os serviços médicos prestados pelos médicos tornam-se dependentes da potencial capacidade de pagamento dos pacientes e das operadoras, e não de seu estado de doença.

Os modelos tradicionais de reembolso por serviço incentivam os prestadores de cuidados de saúde com base no volume, e não no valor dos cuidados prestados, levando ao uso excessivo de serviços (MCLAWHORN e BULLER, 2017), essa postura dos provedores que baseiam sua receita na relação médico-dependente e no volume de recursos direcionados aos pacientes, pode corroer a ética médica, visto que as condutas não são definidas de acordo com as necessidades clínicas dos pacientes.

Uma desvantagem atrelada à prescrição excessiva, é a falta de coordenação do cuidado e a regulação dos agentes responsáveis para que haja uma assistência baseada em protocolos e evidências científicas. Segundo Slotkin et al. (2017), é bem compreendido que os cuidados médicos fragmentados e descoordenados, caracterizados por uma variação injustificada na prestação de cuidados, podem levar a resultados clínicos indesejáveis e a custos excessivos. Um dos principais impulsionadores desse tipo de abordagem desarticulada é o tradicional modelo de pagamento por serviços, que fornece pagamento com base no volume de atendimento prestado e não na qualidade ou adequação dos cuidados. Estes autores complementam que em uma análise de mais de 23.000 consultas ambulatoriais de 1999 a 2010 demonstrou que, o tratamento das dores nas costas

e pescoço dependia cada vez mais de cuidados discordantes das diretrizes, enquanto o desempenho dos cuidados concordantes reduziu significativamente no mesmo período em serviços que adotam o FFS.

O sistema de saúde que adota o FFS, formou um mecanismo de incentivo desalinhado para os provedores, no qual não é exigido um padrão de atendimento e de boas práticas e há uma negligência na supervisão da qualidade da assistência prestada (YUAN et al., 2014).

Os pesquisadores apontam a ineficiência dos serviços como uma característica negativa do FFS (MOON, 2015; MCLAWHORN e BULLER, 2017; JUNG et al., 2018; YU et al., 2018; YUAN et al., 2014). Moon et al. (2015) apontam que a maneira como é incentivada a prescrição de tratamentos, colabora para a ineficiência no cuidado, ao prolongar o tempo de internação de cada caso atendido, para maximizar os ganhos.

O custo elevado e o sistema de saúde inflacionado com o uso do FFS, são descritos em 07 (sete) estudos, conforme observamos no quadro anterior (SLOTKIN et al., 2017; ANDOH-ADJEI et al., 2018; BESSTREMYANNAYA, 2013; MOON, 2015; MCLAWHORN e BULLER, 2017; JUNG et al., 2018; YU et al., 2018; QUINN, 2015).

No estudo sobre o sistema de saúde coreano, Jung et al. (2018) referem que o país experimentou alta do crescimento em gastos com saúde de cerca de 8,6% ao ano, de 2000 a 2009 sob o sistema FFS. De acordo com Quinn (2015), em seu estudo sobre o Medicare (sistema de saúde público americano), em um período de 8 anos, os gastos por beneficiário com serviços médicos cresceram duas vezes mais rápido e foram impulsionados inteiramente pelo método de pagamento FFS.

No sistema de pagamento por conta aberta do FFS, segundo os estudos que abordam o tema (MOON, 2015; YU et al., 2018; QUINN, 2015; YUAN et al., 2014), os provedores repassam os elevados custos e acarretam prejuízos financeiros aos pacientes, quando estes são responsáveis por pagar pelo serviço. O mesmo risco financeiro também é repassado aos planos ou sistemas de saúde governamentais. Yu et al. (2018) referem que um número crescente de estudos revela que a prática do FFS não reduziu os riscos financeiros de muitos segurados (pacientes) e seguradoras (planos de saúde); em vez disso, aumentou significativamente as despesas médicas totais.

Os métodos retrospectivos de pagamentos, considerados modelos tradicionais de reembolso, apesar de serem mais simples de implantar e aplicáveis a todas as modalidades de atendimento, fomentam os custos crescentes no sistema de saúde. Pela dinâmica de incentivos financeiros atreladas ao volume de serviços, este método incentiva prescrição desnecessária, que ocasiona ineficiência do sistema, aumento de custos e o mais grave, falha na supervisão de cuidados.

5.2.1.2 Métodos Prospectivos – Conta Fechada

Os métodos prospectivos, que se caracterizam por possuírem pagamento antes do cuidado, e foram descritos na literatura pesquisada são: DRG, Capitação, P4P e Baseado em Valor. Terão suas vantagens e desvantagens descritas separadamente nos itens a seguir.

5.2.1.2.1 Vantagens dos Métodos Prospectivos

Os métodos de pagamentos prospectivos descritos na literatura pesquisada, foram o DRG, Capitação e os Pagamentos Baseados em Performance e Valor. Esses modelos utilizam para reembolso aos prestadores, valores pré-estabelecidos, e alguns deles oferecem incentivos na remuneração, de acordo com o resultado entregue no tratamento do paciente.

O primeiro método prospectivo que trataremos das vantagens (pontos fortes) nesta revisão é o DRG, conforme demonstrado no Quadro 13.

Quadro 13 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: DRG

Vantagens descritas	Autores	Artigo
Redução de Custos	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW (2018)	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals

Vantagens descritas	Autores	Artigo
	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN (2016)	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement
	Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX (2017)	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
	Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY (2015)	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Melhoria da Eficiência	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY (2015)	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study
	Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM (2015)	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model
	Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX (2017)	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system
	Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK (2015)	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy

Vantagens descritas	Autores	Artigo
	Moon, SUB (2015)	Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
Aumento da Transparência de Informações	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM (2015)	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
Aumento do Acesso aos Serviços pela População	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Wu, VY; Shen, YC (2014)	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes
Bons resultados em indicadores de qualidade	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM (2015)	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model
	Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK (2015)	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy
	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Liu, X; Mao, YH; Wang, HT; Chen, XG; Zhao, B; Sun, Y (2018)	Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing

Vantagens descritas	Autores	Artigo
Incentivos extras para investimentos em tecnologias	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
Pagamentos adicionais ajustados ao risco ou média de permanência	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW (2018)	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A primeira vantagem descrita nos estudos para o método é a redução dos custos com a adoção do DRG (O'REILLY et al., 2012; ELIASON et al., 2018; LIANG et al., 2015; KIFMANN e SICILIANI, 2017; SAMUEL et al., 2016; LIU et al., 2017; MOON, 2015; HU et al., 2015; JUNG et al., 2018; QUINN, 2015; LIU et al., 2018).

No estudo de Liu et al. (2018), os resultados mostraram que o custo do tratamento, medicamentos e exames com o uso do DRG, tiveram os maiores efeitos na redução dos gastos totais com saúde. Corroborando esse achado, Moon (2015), descreve que na Coreia do Sul, após a adoção do DRG, as despesas gerais com saúde e o autopagamento diminuíram em Won coreano em 49% no grupo de FFS para DRG, para determinados diagnósticos cirúrgicos.

Sob a ótica dos provedores, dois estudos (QUENTIN et al., 2013; ELIASON et al., 2018) relatam o pagamento adicional ajustado ao risco e gravidade dos pacientes e às internações de longo período, neste método. Quentin et al. (2013), ao comparar o sistema de DRG europeu com o americano, apontam que as consequências potencialmente negativas de um escopo mais amplo nos pagamentos de DRG hospitalares (pagamentos feitos através de cálculo de média), são contrabalançadas na Europa por pagamentos adicionais por determinados serviços de alto custo. Na Inglaterra, Alemanha e França, quimioterapia, radioterapia, diálise renal, medicamentos de alto custo, dispositivos e alguns outros serviços são reembolsados separadamente por meio de pagamentos adicionais além do pagamento básico recebido (custo médio) baseado em DRG.

Ainda abordando vantagens econômicas e financeiras para os provedores, Quentin et al. (2013) e Besstremyannaya (2013), relatam que os planos e sistemas de saúde promovem o pagamento de incentivos extras para investimentos em novas tecnologias, a fim de fomentar a aquisição de novos equipamentos e tratamentos que impactarão no desfecho positivo para o cuidado. Na pesquisa de Quentin et al. (2013), todos sistemas de saúde europeus incluídos no estudo, desenvolveram mecanismos para fornecer pagamentos adicionais para tecnologias inovadoras, incluindo medicamentos, quando não são adequadamente reembolsados pelo sistema de pagamento do DRG.

Com relação à ganhos de eficiência no processo de atendimento e internação hospitalar, atrelado principalmente à redução da média de permanência nas instituições, 08 (oito) estudos apontam este aspecto positivo (O'REILLY et al., 2012; LIANG et al., 2015; LIU et al., 2017; MOON, 2015; HU et al., 2015; JUNG et al., 2018; MEHRA et al., 2015; KIM, H. et al., 2015).

Estadias hospitalares mais curtas ($2,98 \pm 1,77$ dias vs. $3,82 \pm 1,84$ dias) foram encontradas após implantação do DRG (KIM, H. et al. 2015). De acordo com Jung et al. (2018), seu estudo demonstrou que o tempo de internação diminuiu sem aumentar as taxas de readmissão. Esse último achado com relação às taxas de readmissão, demonstra que o período de internação seguindo os parâmetros do DRG, é adequado para resolução dos casos e reforça que os pacientes atendidos pelo antigo modelo de pagamento (FFS), permaneciam mais tempo que o necessário nas instituições.

Mesmo com alguma das vantagens apontadas até o momento que poderiam intervir na qualidade do atendimento prestado, como redução de custos e o tempo de internação, outros estudos descrevem melhorias ou manutenção nos bons resultados de indicadores de qualidade (O'REILLY et al., 2012; LIANG et al., 2015; LIU et al., 2018; JUNG et al., 2018; MEHRA et al., 2015; KIM, H. et al., 2015; QUENTIN et al., 2013).

Jung et al. (2018) apontam que os prestadores de serviços médicos tinham que adotar várias estratégias para economizar nos custos, mantendo os cuidados de saúde de alta qualidade, com baixas taxas de mortalidade, complicações cirúrgicas e readmissões controladas, portanto eles tiveram que adaptar seus padrões de prática clínica aos preconizados pelos DRG.

Na Inglaterra, a precificação dos códigos tem sido usada como um instrumento para fomentar a assistência baseada nas melhores práticas, de acordo com as orientações nacionais. Ainda na Alemanha, por exemplo, os hospitais têm um incentivo para evitar readmissões, porque não receberão reembolso adicional por casos readmitidos pela mesma causa dentro de 30 dias após a admissão inicial (O'REILLY et al., 2012;).

O aumento do acesso aos serviços pela população é relatado em dois estudos (O'REILLY et al., 2012; WU e SHEN, 2014). Com o uso do DRG para gerenciamento dos casos, houve um aumento de 60% na utilização dos serviços (Wu e Shen, 2014). Códigos mais vantajosos financeiramente para a instituição, fomentam que haja investimentos por parte do provedor para captação de pacientes, favorecendo os usuários que podem se beneficiar da ampliação de serviços para suas condições clínicas.

A última vantagem abordada nos estudos com o DRG é o aumento das transparências de informações (O'REILLY et al., 2012; MEHRA et al., 2015; BESSTREMYANNAYA, 2013). Essa vantagem é uma característica de como é formatado o DRG. Para que haja uma precificação, antes é necessário um sistema informatizado de classificação e gerenciamento dos casos, que possua informações de condições clínicas, custos reais e tratamento homogêneas (O'REILLY et al., 2012).

Ao ingressar na linha de cuidado de cada serviço, o paciente já possui uma estimativa de quais recursos irá consumir, qual condição clínica apresenta na baixa e durante sua estadia. Essas informações podem ser compartilhadas com os agentes pagadores, com o sistema de saúde do país, e até mesmo entre serviços, favorecendo a coleta de informações para vigilância epidemiológica, o planejamento de ações, a comparação de indicadores e a livre concorrência entre as instituições de saúde.

O segundo método prospectivo de pagamento, que possui como premissa a conta fechada é a Capitação. As vantagens descritas para esse método são expostas no Quadro 14 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Capitação.

Quadro 14 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Capitação

	Autores	Artigo
Redução de custos	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Aumento de eficiência	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A redução de custos na assistência prestada utilizando os métodos prospectivos é corroborada no modelo da Capitação, pelos autores Andoh-Adjenei et al. (2018) e Quinn (2015). Em um estudo em Gana o sistema de saúde do país, após várias tentativas de reduzir seus gastos, resolveu introduzir a Capitação, o resultado demonstrou contenção dos custos compartilhando o risco financeiro entre os sistemas, provedores e usuários, conseguindo corrigir os efeitos adversos do G-DRG e resolvendo as dificuldades na previsão e orçamentação (ANDOH-ADJENEI et al., 2018).

Outro aspecto positivo da Capitação são os ganhos de eficiência apresentados pelos provedores. Ao introduzir a competição gerenciada entre provedores, foi proporcionado aos pacientes a oportunidade de escolher seu provedor preferencial de cuidados, melhorar a eficiência e a eficácia da prestação de serviços de saúde (ANDOH-ADJENEI et al., 2018). Os serviços se preocupam em não realizar procedimentos desnecessários, para evitar gastos extras, reduzindo a média de permanência dos pacientes intra-hospitalar, trazendo ganhos em eficiência e resolubilidade com um giro de leitos/pacientes maior.

Por fim, na análise dos aspectos positivos dos métodos de pagamentos prospectivos descritos nos estudos, o Quadro 15 descreve as vantagens dos métodos que possuem sua remuneração atrelada à indicadores de qualidade. São os chamados Baseado em Valor ou Pagamento por Performance (P4P).

Quadro 15 - Vantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Baseado em Valor/Performance

Vantagens	Autores	Artigo
Incentivo para investimento em novas tecnologias	Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC (2015)	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan
Desfechos de qualidade (remuneração atrelada à indicadores)	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	Designing a Framework for Iranian Pay for Performance Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"
	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
Riscos financeiros limitados para o provedor	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Mayumana, I; Borghi, J; Anselmi, L; Mamdani, M; Lange, S (2017)	Effects of Payment for Performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Aumento do acesso aos serviços	Sood, N; Huckfeldt, PJ; Grabowski, DC; Newhouse, JP; Escarce, JJ (2013)	The effect of prospective payment on admission and treatment policy: Evidence from inpatient rehabilitation facilities
	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	Designing a Framework for Iranian Pay for Performance Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"
Aumento de eficiência	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	Designing a Framework for Iranian Pay for Performance Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"

Vantagens	Autores	Artigo
Transparência de informações	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	Designing a Framework for Iranian Pay for Performance Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A vantagem que mais foi descrita nos estudos foi a remuneração dos provedores atrelada à indicadores que considerem como resultado (desfecho), a qualidade do serviço e assistência prestada (SLOTKIN et al., 2017; QUINN, 2015; MCLAWHORN e BULLER, 2017; GRAY et al., 2018; BINYARUKA et al., 2018). Nos Estados Unidos, com o uso do Bundle (tipo de pagamento Baseado em Valor), um dos pagamentos que se baseiam em valor do governo americano, possui como premissa para remunerar os serviços a análise no final do ano de desempenho, dos hospitais que atingirem os gastos abaixo do preço-alvo e atingirem os limites de desempenho de qualidade em três medidas de qualidade. Estes são elegíveis para receberem um pagamento de reconciliação pela diferença entre o preço-alvo e o gasto real do episódio (MCLAWHORN e BULLER, 2017). Recebendo assim, um pagamento adicional pela qualidade do serviço prestado, aliado à redução de custos.

Outros autores descrevem também que as estratégias de pagamento por desempenho (P4P), que fornecem incentivos financeiros aos profissionais de saúde e / ou instalações para atingir metas de desempenho pré-definidas, podem melhorar a utilização e a qualidade dos serviços de saúde (BINYARUKA et al., 2018). Esse método de pagamento possui claramente como foco a prestação de um atendimento que leve em conta os resultados assistenciais, tirando o foco da economia, do controle de custos, dos métodos prospectivos mencionados anteriormente.

Mesmo levando em consideração os ganhos em qualidade de atendimento, os modelos de pagamentos baseados em valor e performance expõem os provedores a baixos riscos financeiros (MAYUMANA et al., 2017; QUINN, 2015;

SLOTKIN et al., 2017; MCLAWHORN e BULLER, 2017), o que é um incentivo para adoção deste método.

Segundo Maymana et al. (2017), o P4P resultou em melhorias nas medidas internas de responsabilização financeiras por meio de melhores relações e comunicação entre o pagador e os provedores. Os hospitais foram incentivados a apresentarem bons resultados e adquiriram maior autonomia sobre os recursos.

Corroborando esse achado, Slotkin et al. (2017) referem que do ponto de vista da saúde da população, cuidados de maior qualidade, mais eficientes e focados na experiência do paciente, serão, na verdade, menos onerosos. Os provedores e os sistemas de provedores são encorajados a buscar ativamente a participação em novos experimentos de inovação de pagamento, fomentando as práticas de gestão para entregar cuidado com qualidade, sem que haja um aumento desproporcional dos custos em saúde.

O aumento do acesso aos serviços é relatado em três estudos (SOOD et al., 2013; GRAY et al., 2018; BINYARUKA et al., 2018). De acordo com Binyaruka et al. (2018), as estratégias de pagamento por performance, podem aumentar a utilização por parte da população aos serviços de saúde. Esse método reduz as desigualdades no uso e no acesso aos cuidados de saúde, reforçando o acesso universal. Por exemplo, quando o provedor não é exposto a grandes riscos de prejuízos financeiros e ainda é motivado a atender com qualidade, as barreiras financeiras que limitam o usuário a ter acesso aos cuidados, são minimizadas.

O incentivo para que os provedores invistam em novas de tecnologias de saúde é relatado por Hernandez et al. (2015). Segundo esses autores, o sistema de saúde do governo americano, remunera algumas instituições por esse método. No estudo é descrito que o pagamento baseado em valor preenche a lacuna de financiamento, fornecendo receitas suplementares além do pagamento do DRG, para novas tecnologias usadas em procedimentos de internação, que resultem em melhores desfechos para os pacientes.

Os ganhos de eficiência nos hospitais, a exemplo dos outros pagamentos prospectivos também foi um achado em dois estudos (MCLAWHORN e BULLER, 2017; GRAY et al., 2018). Em uma grande instituição hospitalar americana, remunerada por pagamentos baseados em valor, demonstrou em seus indicadores uma diminuição contínua no tempo de internação hospitalar de 3,58 para 2,96 dias,

e a taxa de alta para instalações de atendimento especializado também diminuiu de 44 para 28%. As taxas de readmissões por todas as causas em 30, 60 e 90 dias diminuíram de 7 para 5%, 11 para 6% e 13 para 8%, respectivamente (MCLAWHORN e BULLER, 2017). Esses achados, demonstraram que mesmo tornando o atendimento mais eficiente, ele também foi prestado de maneira mais resolutiva, de modo que não houve necessidade de encaminhar esses pacientes para outros serviços e nem readmiti-los, o que indicaria fortemente uma alta precoce.

A última vantagem apresentada para esses modelos de pagamentos foi o fomento à transparência de informações (CASTALDI et al., 2015; MCLAWHORN e BULLER, 2017; GRAY et al., 2018). Segundo Castaldi et al. (2015), as informações sobre os episódios de saúde em atendimento pelos provedores e as métricas utilizadas para remuneração no programa P4P, foram facilmente acessíveis, em um projeto piloto de um hospital na Itália.

O gerenciamento bem-sucedido de pacotes de pagamentos exigiu dos hospitais investimentos em recursos novos ou aprimorados, incluindo coleta e análise de dados, atualizações de tecnologia e recursos de coordenação de atendimento, inclusive entre diferentes serviços e instituições (MCLAWHORN e BULLER, 2017). Essa exigência colabora para que as informações se tornem mais transparentes, possibilitando o comparativo entre os indicadores, disponibilizando os dados dos pacientes para todos os envolvidos no processo, trazendo ganhos de qualidade, clareza e precisão na resolução dos episódios de tratamento.

Os modelos prospectivos debatidos nesse estudo trazem no geral, como principal vantagem a redução dos custos. Essa redução se dá essencialmente por uma melhor gestão dos recursos aplicados em cada episódio de tratamento e pelo aumento de eficiência (também resultante de uma melhor gestão de recursos). Os pagadores estabelecem mecanismos para cada método de pagamento, para monitorar os esforços dos provedores ao maximizar a qualidade e minimizar o custo por unidade.

No item seguinte as desvantagens (fragilidades) dos métodos de pagamentos descritos na revisão, serão discutidos.

5.2.1.2.2 Desvantagens dos Métodos Prospectivos

O presente estudo também extraiu dos artigos os aspectos desfavoráveis que cada método apresentou e as dificuldades para adoção e implantação destes nos serviços de saúde. A seguir abordaremos as desvantagens de cada método prospectivo abordado nos textos. O primeiro método que discutiremos é o DRG, conforme demonstrado no Quadro 16.

Quadro 16 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: DRG

Desvantagens descritas	Autores	Artigo
Provedores assumem os riscos de prejuízos financeiros (não há ajuste de pagamentos baseado no risco/complicações ou média permanência)	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Kim, YS; Kleerup, EC; Ganz, PA; Ponce, NA; Lorenz, KA; Needleman, J (2015)	Medicare Payment Policy Creates Incentives For Long-Term Care Hospitals To Time Discharges For Maximum Reimbursement
	Daidone, S; Street, A (2013)	How much should be paid for specialised treatment?
	Vertrees, James C.; Averill, Richard F.; Eisenhandler, Jon; Quain, Anthony; Switalski, James (2013)	Bundling Post-Acute Care Services into MS-DRG Payments
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN (2016)	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement
	Moos, RM; Sprengel, K; Jensen, KO; Jentzsch, T; Simmen, HP; Seifert, B; Ciritsis, B; Neuhaus, V; Volbracht, J; Mehra, T (2016)	Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG
	Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY (2015)	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study

Desvantagens descritas	Autores	Artigo
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Wu, VY; Shen, YC (2014)	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes
	Bojke, C; Grasic, K; Street, A (2018)	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM (2015)	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model
Não recebem remuneração caso ocorra readmissão	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
Periodicidade inadequada na atualização de tabelas de códigos e preços	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Bojke, C; Grasic, K; Street, A (2018)	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?
	Mehra, T; Koljonen, V; Seifert, B; Volbracht, J; Giovanoli, P; Plock, J; Moos, RM (2015)	Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model
Incentivo exclusivamente financeiros para alta	Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW (2018)	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
Seleção de pacientes códigos mais lucrativos	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?

Desvantagens descritas	Autores	Artigo
(dificulta acesso dos menos lucrativos)	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Wu, VY; Shen, YC (2014)	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
Refinamento dos códigos podem ser melhorados	Scheller-Kreinsen, D (2012)	How well do diagnosis-related group system group breast cancer surgery patients? Evidence from 10 european countries
	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN (2016)	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement
	Wang, ZX; Liu, R; Li, P; Jiang, C (2014)	Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China
	Moos, RM; Sprengel, K; Jensen, KO; Jentzsch, T; Simmen, HP; Seifert, B; Ciritsis, B; Neuhaus, V; Volbracht, J; Mehra, T (2016)	Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG
	Bojke, C; Grasic, K; Street, A (2018)	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?
	Wu, VY; Shen, YC (2014)	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes
	Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX (2017)	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system
Custos maiores para os pagadores (operadoras) - Up coding	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Fuller, RL; McCullough, EC; Averill, RF (2011)	A New Approach to Reducing Payments Made to Hospitals with High Complication Rates

Desvantagens descritas	Autores	Artigo
	Pongpirul, K; Walker, DG; Rahman, H; Robinson, C (2011)	DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand
	Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY (2015)	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study
	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
Não houve uma redução de custos significativa	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Kim, H; Jung, IM; Yun, KW; Heo, SC; Ahn, YJ; Hwang, KT; Lee, HW; Koo, DH; Ko, E; Ahn, HS; Shin, R; Chung, JK (2015)	Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy
Não se aplica a serviços externos (OS, CDI, ambulatorios)	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A desvantagem mais citada nos estudos foi que os provedores assumem os riscos de prejuízos financeiros quando os episódios atendidos possuem gastos acima da média prevista para aquele código, esse aspecto foi descrito em treze estudos (QUENTIN et al., 2013; KIM Y. et al., 2015; DAIDONE e STREET, 2013; VERTREES et al., 2013; KIFMANN e SICILIANI, 2017; SAMUEL et al., 2016; MOOS et al., 2016; HU et al., 2015; QUINN, 2015; Wu e Shen, 2014; BOJKE et al., 2018; BESSTREMYANNAYA, 2013; MEHRA, et al., 2015). De acordo com Kifmann e Siciliani (2017), o formato de pagamento do DRG utiliza como cálculo para formação

dos preços dos códigos o custo médio de todos os pacientes atendidos em um período de 2 (dois) anos. Esta é a prática padrão em muitos países.

Esta regra de precificação cobre os pacientes que necessitam consumir recursos conforme o protocolo determinado para cada doença, e não leva em conta os pacientes que possam ter seus quadros agravados, e que necessitem de mais investimentos por parte da instituição. Corroborando essa afirmativa Samuel et al. (2016) afirmam que há um aumento da tensão financeira nas instituições de saúde reembolsadas pelo plano de saúde americano e que cuidam de pacientes com custos mais altos. Como os hospitais são reembolsados igualmente por subgrupos do Medicare, os centros que atendem a uma proporção maior de pacientes mais complexos terão margens financeiras mais baixas ou negativas por paciente, limitando seu potencial de crescimento.

A precisão do financiamento do atendimento ao paciente depende fortemente da capacidade do sistema de reembolso de estabelecer grupos de casos com custos reais de tratamento homogêneo. Para contornar esse aspecto negativo seriam necessários mais ajustes de pagamentos baseados nos riscos e nas complicações que cada paciente possa ter ou pagamentos adicionais atrelados à essas condições.

A segunda desvantagem mais descrita na revisão dos artigos, está fortemente atrelada à desvantagem discutida anteriormente e foi demonstrada em 8 (oito) estudos (SCHELLER-KREINSEN, 2012; LIANG, 2015; SAMUEL, et al., 2016; WANG, 2014; MOOS, et al., 2016; BOJKE et al., 2018; WU e SHEN, 2014; LIU et al., 2017) e diz respeito à deficiências no refinamento dos códigos.

Mehra et al. (2015) descrevem que os códigos de DRG incluem um amplo espectro de pacientes, provavelmente com utilização variável de recursos hospitalares. Isso pode ser problemático para condições médicas com baixa incidência ou que possuem várias patologias a serem tratadas, e que não estão previstos na composição dos códigos.

Ainda de acordo com Bojke et al., (2018) os códigos devem ser refinados para separar melhor os pacientes de alto custo que recebem cuidados complexos daqueles que não o fazem. Se a separação perfeita puder ser alcançada, os preços dos DRG refletirão adequadamente os custos esperados associados aos cuidados complexos.

Outro aspecto negativo do DRG relacionado à codificação, é a periodicidade com que a tabela de códigos e preços é atualizada (KIFMANN e SICILIANI, 2017; BOJKE et al., 2018; MEHRA, et al., 2015; LIANG, 2015).

O intervalo de tempo para medir os custos é geralmente de um ou dois anos (KIFMANN e SICILIANI, 2017). Este tempo é refletido no ciclo em que cada código é atualizado, tanto em recursos necessários para tratar determinada doença, como no custo de cada tratamento e conseqüentemente na receita que o provedor receberá.

Reforçando o achado com relação ao tempo de atualização do DRG, Bojke et al. (2018) descrevem que os resultados de 2013 e 2014 foram utilizados para informar os arranjos de pagamento hospitalar na Inglaterra para 2016/17. Os estudos destes autores demonstraram na sua análise que essa dinâmica torna o preço médio do DRG com ajuste defasado dentro de uma estrutura geral.

Além de não haver uma epidemiologia em tempo real sobre as doenças mais prevalentes (para fins de elaboração de políticas de saúde), os problemas financeiros podem ser importantes, visto que em muitos países, enquanto não há reajustes de tabela, nem a inflação sobre os insumos é coberta, e o maior prejudicado é o provedor, pois tem que operar com ganhos reduzidos, até que a atualização seja concretizada.

Uma prática dos provedores que onera as fontes pagadoras é o upcoding, que consiste em manipular os diagnósticos dos pacientes para enquadrá-los em códigos mais lucrativos, gerando custos maiores para os sistemas e planos de saúde, essa prática foi relatada em 5 (cinco) estudos (LIANG, 2015; FULLER et al., 2011; PONGPIRUL et al., 2011; HU et al., 2015; ANDOH-ADJEI et al., 2018).

De acordo com Liang (2015), para o sistema de pagamentos mistos realizados pelo governo de Taiwan (remuneram algumas doenças através de FFS e outras através de DRG), os hospitais utilizavam o upcoding dos diagnósticos (adicionando códigos inválidos de DRG) para transferir com menores margens no sistema de DRG para o sistema FFS, e assim receberem um ticket médio maior por paciente.

A prática de manipular os códigos pode ser reduzida se as operadoras criarem mecanismos de controle e acesso à informação rígidos, bem como auditorias que tenham como objetivo identificar essas inconsistências. Os

provedores ficam tentados a maximizar os seus ganhos, visto que muitas vezes como as taxas são fixas, acabam tendo um margem de lucro reduzida, mas se a prática de upcoding não for banida, é prejudicial para o sistema do DRG como um todo funcionar, visto que maquia a real produção hospitalar para cada doença, os recursos consumidos e pode prejudicar até mesmo os reajustes, já que DRGs caros deixarão de ter seus gastos lançados.

Sob o ponto de vista dos sistemas e operadoras de saúde, 3 (três) estudos relataram que após a adoção do DRG, não houve redução significativa dos custos em saúde (ANDOH-ADJEL et al., 2018; BESSTREMYANNAYA, 2013; KIM H. et al., 2015). No estudo sobre o sistema de saúde de Gana, os autores descrevem que mesmo após quatro anos da implementação do pagamento do DRG, a alta taxa de utilização dos serviços de saúde e o custo crescente dos sinistros ainda persistiam (ANDOH-ADJEL et al., 2018). Este achado se deu em parte devido ao aumento da utilização dos serviços pela população, que antes tinha pouco acesso. Portanto é um achado que não está comparando os mesmos cenários.

No entanto, no estudo de Kim, H et al. (2015), comparando cenários idênticos de pacientes cirúrgicos, antes e após a adoção do DRG, relatam que não houve diferenças significativas nos resultados perioperatórios e custos médicos, incluindo custos para a primeira hospitalização, para realização da cirurgia e nos custos para acompanhamento após a alta.

Mediados pela maximização do lucro, os provedores recaem sobre outra brecha do DRG, considerada um aspecto negativo do modelo em questão. A seleção de pacientes que possuem códigos mais lucrativos, através de especialização de alguns hospitais ou simplesmente ao não aceitar internar determinados pacientes (cujo DRGs não eram tão lucrativos ou até mesmo deficitários) foi citada em alguns estudos desta revisão (LIANG, 2015; KIFMANN e SICILIANI, 2017; WU e SHEN, 2014; QUINN, 2015).

De acordo com Liang (2015) os hospitais faziam ambulatorios regulares para competir pelos pacientes em Taiwan. Desta forma eles poderiam prever os custos para pacientes durante essas consultas ambulatoriais (funcionava como uma triagem), portanto eles tinham o poder, se assim o desejassem, para rastrear pacientes mais lucrativos. Este estudo demonstrou que os hospitais aumentaram a participação de um DRG quando a rentabilidade desse aumentou. A especialização

dos serviços e a proporção de hospitais que não admitiram pacientes com determinados DRG mais graves e menos rentável aumentou de 19,4% para 22,4%.

Esse achado é preocupante, pois prejudicaria o acesso universal ao atendimento em saúde, já que os pacientes alocados em DRGs com menor rentabilidade podem encontrar dificuldades em encontrar provedores que os atendam. Pode ser essencial que os reguladores das operadoras monitorem a distribuição de DRGs e adotem mecanismos sofisticados de precificação de DRGs que reflitam as variações de custo, reduzindo o impacto deste aspecto negativo.

Eliason et al. (2018) e Kifmann e Siciliani (2017), relataram em seus estudos, que nos Estados Unidos, através do plano de saúde governamental, há moderação do tempo de alta dos pacientes. Isso ocorre porque a fórmula de reembolso atual fornece um grande pagamento único para pacientes que permanecem além de um certo limite de dias, os hospitais respondem a esses incentivos financeiros mantendo pacientes até logo após eles chegam a esse ponto.

Essas descobertas sugerem um grande risco para o paciente, que devido ao esquema de pagamento manipulando as altas por razões financeiras, resulta em custos desnecessários para o Medicare (plano de saúde) e, potencialmente, um risco maior de eventos adversos para os pacientes que permanecem internados um tempo superior que o necessário.

O momento correto da alta do paciente é questionado em outros estudos, através do indicador de readmissões, que monitora os pacientes que retornam em até determinado período devido à mesma queixa da internação anterior (QUENTIN et al., 2013; LIANG, 2015). Como o DRG reembolsa um valor fixo por tratamento e cada dia a mais internado no hospital, é um custo agregado para o provedor, uma das premissas do modelo é que a resolução do caso seja eficiente e rápida. Essa eficiência foi abordada nesta revisão, como sendo uma das principais vantagens do método.

O risco de um possível incentivo para descarregar os pacientes, é que eles recebam alta antes do tempo e antes do seu problema ter sido solucionado. O que implicaria em taxas de readmissões mais elevadas, visto que inevitavelmente o paciente retornaria para finalizar o tratamento. Muitos planos de saúde não remuneraram os hospitais em casos de internações pelo mesmo motivo, como relata

Liang (2015) que em Taiwan o sistema de saúde governamental não reembolsou os hospitais por pacientes com DRG readmitidos pela mesma condição em 14 dias.

Esse é um mecanismo criado pelas operadoras para conter as altas precoces, portanto os gestores clínicos dos serviços precisam atentar para gerenciar essas altas, a fim de que sejam no momento exato, sem incorrer em ineficiência do serviço, o que geraria custos desnecessários, mas também sem incorrer em altas precoces, o que levaria a readmissões não remuneradas, também onerando o provedor.

Como última desvantagem a ser debatida nessa revisão, mas de suma importância no momento de optar por um modelo de remuneração, é o fato do DRG não se aplicar a atendimentos externos (ambulatoriais e de emergência). Esse aspecto negativo foi citado por Jung et al. (2018), e faz parte da concepção do método. Ele se aplica à apenas pacientes internados, as instituições que o adotam precisam pensar em alternativas para seu reembolso, quando possuírem atendimentos externos. A maioria opta por realizar um mix de FFS para este tipo de atendimento e um pagamento prospectivo para os pacientes que são encaminhados para internação.

Os aspectos negativos do modelo de pagamento baseado em Capitação foram descritos no Quadro 17, demonstrado abaixo.

Quadro 17 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: Capitação

Desvantagens	Autores	Artigo
Provedor assume os riscos financeiros	Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC (2015)	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan
	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Não há ganhos atrelados à indicadores de qualidade, aquisição de novas tecnologias	Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC (2015)	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em 3 (três) estudos foram referidos a desvantagem associada ao risco financeiro que os provedores (hospitais) estão submetidos (HERNANDEZ et al., 2015; ANDOH-ADJEI et al., 2018; QUINN, 2015). De acordo com Hernandez et al. (2015), os hospitais remunerados pela Capitação nos Estados Unidos, frequentemente mantém o controle sobre como aplicar os recursos recebidos, mas deles é exigido que absorvam todas as perdas se os gastos reais divergirem das metas de custos estipulados per capita.

A Capitação possui como diretriz, um pagamento global por determinada população referenciada, os valores são calculados por uma média de consumo de recursos, e qualquer paciente que necessite de investimentos fora da curva média, seja por gravidade da doença ou comorbidades associadas, o provedor que assume os gastos, portanto está exposto aos riscos financeiros inerentes da prestação do serviço.

Outra falha que a Capitação apresentou nos estudos avaliados, é a falta de indicadores de qualidade e desfecho sendo monitorados pelas fontes pagadoras, a fim de evitar restrições de gastos que impactem na assistência prestada, e que incentivem as instituições de saúde a investir em novas tecnologias que tragam bons resultados para os pacientes (HERNANDEZ et al., 2015; QUINN, 2015).

Na prática, as preocupações sobre receber pouco cuidado predominam quando os provedores assumem riscos consideráveis, como é o caso da Capitação. Os métodos de pagamento não podem ser neutros em termos de qualidade, precisam associar o uso inteligente de recursos, evitando o desperdício, com indicadores que retratem a assistência prestada e que traga desfechos satisfatórios, e cabe aos órgãos reguladores e operadoras de saúde implementar esse mecanismo.

Para finalizar a discussão sobre as desvantagens descritas na literatura pesquisada acerca dos métodos prospectivos de pagamento, o Quadro 18, aborda os aspectos negativos desse grupo.

Quadro 18 - Desvantagens dos Métodos Prospectivos de Pagamento: P4P e Baseados em Valor

Desvantagem	Autores	Artigo
Pagamentos adicionais por novas tecnologias são insuficientes	Hernandez, J; Machacz, SF; Robinson, JC (2015)	US Hospital Payment Adjustments For Innovative Technology Lag Behind Those In Germany, France, And Japan
Implantação dos programas é onerosa (retorno financeiro mais lento)	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
Seleção de pacientes códigos mais lucrativos (dificulta acesso dos menos lucrativos)	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
Poucos programas clínicos são pagos por estes métodos (dificulta amostra pequena para saber se há vantagens reais)	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?
Desigualdade entre serviços (Hospitais com poderes aquisitivos maiores são mais beneficiados)	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	"Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A primeira desvantagem foi trazida por Hernandez et al. (2015) que relataram que os pagamentos e incentivos recebidos pelos planos de saúde para que os provedores adquirissem novas tecnologias, era insuficiente. No estudo em questão foi descrito que esses incentivos eram calculados através da diferença entre os custos reais e os estimados para aquisição da nova tecnologia, e um valor extra inferior à 50% desta diferença, era repassado aos provedores.

Isso significa que os hospitais incorrem em perdas financeiras ao adotar novas tecnologias que aumentam os custos, mesmo com o programa de pagamento adicional de nova tecnologia. Essa falha no processo impacta diretamente nos

cuidados prestados, pois pode acarretar uma desassistência. Pode ser corrigida ao direcionar esforços no desenvolvimento de mecanismos para fornecer pagamentos adicionais à determinadas tecnologias inovadoras, incluindo medicamentos, quando não são adequadamente reembolsados pelo sistema de pagamento.

Ao optar por migrar para um método de Pagamento por Performance, as instituições esbarram numa dificuldade inicial, que são os altos custos para a implantação dos programas e protocolos, que irão alimentar os indicadores usados para cálculo de reembolso (SLOTKIN et al., 2017; BINYARUKA et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER, 2017).

No estudo conduzido por Mclawhorn e Buller (2017), é descrito que a adesão ao Bundle (um tipo de pagamento Baseado em Valor), fica prejudicada devido à despesa de implantação e gerenciamento dos pacotes, que pode tornar o custo proibitivo para instituições menores.

As instituições precisam ter ciência que haverá custos incrementais necessários para administrar um episódio de atendimento nessa modalidade de pagamento, mas em troca, a médio e longo prazo, trará um declínio dos preços-alvo para cada episódio, como nesse mesmo estudo mencionado anteriormente, demonstrou a redução de 20% dos custos totais em um período de 3 anos.

Os mesmos autores chamam a atenção para outra falha que os métodos de Pagamento por Performance podem acarretar, que é a seleção de pacientes mais lucrativos. Se os pagamentos incluídos no pacote não forem devidamente ajustados ao risco para a complexidade do caso e utilização esperada de recursos, a preferência pela prestação de cuidados a pacientes de baixo risco, bem como a negação de cuidados a pacientes de alto risco ocorrerá, restringindo o acesso das populações (MCLAWHORN e BULLER, 2017).

O ajuste de risco deve ser baseado em um grande número de variáveis relevantes, incluindo fatores relacionados ao paciente e aos procedimentos, para criar modelos de pagamento em pacotes que funcionem e remunerem de maneira justa. E como em outros métodos de pagamentos prospectivos que possuem o mesmo risco de seleção de pacientes, é importante que os órgãos reguladores fiscalizem as instituições para evitar tal prática.

Outra desvantagem descrita por Castaldi et al. (2011) em seu estudo com instituições italianas, demonstrou que o P4P por ser um modelo novo, ainda não foi

testado amplamente no mundo. Essas amostras de instituições que aderiram ao método ainda são insuficientes para afirmar que é um método amplamente replicável. Primeiro, os episódios remunerados por esses métodos não contemplam todas as doenças, portanto, praticamente há pouco conhecimento sobre os efeitos dos incentivos P4P aplicados a outras condições. Segundo o efeito de diferentes tipos de incentivos utilizados nos programas hospitalares de P4P é desconhecido. Terceiro, existem poucas evidências para avaliar o efeito dos programas P4P na qualidade.

Essa incerteza só irá se resolver quando mais países com diferentes realidades aderirem, e incluam as mais variadas condições clínicas para serem acompanhadas e remuneradas desta forma. Houve inclusive uma dificuldade nesta revisão de encontrar estudos que abordassem o P4P e o Pagamento Baseado em Valor, para discutirmos mais profundamente as vantagens e desvantagens dessa modalidade.

A última desvantagem descrita nos estudos é referente às comparações desiguais que podem surgir entre os serviços, tanto na avaliação de seus indicadores e resultados, como na forma de remuneração dos provedores (GRAY et al., 2018; BINYARUKA et al., 2018).

Binyaruka et al. (2018), descrevem que as instituições mais favorecidas (grande porte e com mais recursos), inicialmente se beneficiarão de uma remuneração atrelada à resultados, ampliando as desigualdades, mas com o passar do tempo os que estão em piores condições irão recuperar-se. Essa convergência nos pagamentos ao longo do tempo também é consistente com a evidência dos EUA de que os hospitais mais ricos inicialmente receberam pagamentos mais altos do que os seus congêneres, mas a distribuição de pagamentos foi nivelada com o tempo.

Enquanto o P4P e os Pagamentos Baseados em Valor podem ajudar a melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços, deve-se atentar para reduzir as desigualdades de desempenho entre serviços, e ter cuidado para garantir que o desenho destes métodos não beneficie desproporcionalmente aqueles que já estão em melhor situação. Uma alternativa válida para mitigar esse risco é recompensar as melhorias nos resultados dos provedores, quando comparados a eles mesmos, numa média histórica.

5.2.2 FATORES INTERVENIENTES

Este item irá discorrer sobre os achados na literatura pesquisada, que orientem os gestores das instituições de saúde, os órgãos reguladores e as operadoras, quais os fatores intervenientes (variáveis) que impactam no processo de gestão das instituições com a adoção de um determinado método de pagamento e que necessitam de um olhar apurado do gestor.

A finalidade desta discussão é demonstrar as opções para corrigir as limitações, auxiliando a tomada de decisão sobre qual a melhor opção quando se trata de métodos de pagamentos, e as necessidades para que implementação de um método seja concretizada. Alguns estudos que foram citados no capítulo anterior, que abordou vantagens e desvantagens, não foram contemplados nesse capítulo, por não abordarem as variáveis especificamente em seu corpus.

5.2.2.1 Métodos Retrospectivos

Os métodos retrospectivos, representados nesta revisão pelo FFS, teve na literatura pesquisada, 3 (três) temas que se destacaram como importantes para que a relação do paciente, provedor e operadoras de saúde, fosse exitosa. Como podemos observar no Quadro 19, demonstrado abaixo.

Quadro 19 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento retrospectivos

Fatores Intervenientes	Autores	Artigo
Desenvolver programa de incentivo para promover eficiência e reduzir prescrição de insumos e	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziying (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality

Fatores Intervinentes	Autores	Artigo
procedimentos desnecessários	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
Negociação com operadoras para fixação de preços e fomentar concorrência de mercado	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
Aumento da receita (aumentar lucro por esta perspectiva) atrelada ao aumento de volume	Jung, YW; Pak, H; Lee, I; Kim, EH (2018)	The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals
	Yu, Jianxing; Qiu, Yue; He, Ziyang (2018)	Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand
	Besstremyannaya, G (2013)	The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: A difference-in-difference approach
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Yuan, Suwei; Liu, Yan; Li, Na; Zhang, Yunting; Zhang, Zhe; Tao, Jingjing; Shi, Lizheng; Quan, Hude; Lu, Mingshan; Ma, Jin (2014)	Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China
	McLawnhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Preocupados em como contornar as principais desvantagens dos métodos retrospectivos, para que a adoção do método seja executável, os estudos sugerem a iniciativa de desenvolver um programa de incentivo para promover eficiência e reduzir prescrição de insumos e procedimentos desnecessários, um aspecto importante que os gestores envolvidos devem atentar (YU et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER, 2017; SLOTKIN et al., 2017).

Yu et al. (2018), no estudo realizado na China, orientam um novo mecanismo de preços no qual as operadoras de saúde devem determinar os preços reais através da negociação com todas as partes interessadas, para evitar que sejam abusadas com cobranças excessivas. Os hospitais devem rever o sistema de remuneração dos médicos para garantir um sólido incentivo econômico que

promova bom desempenho e eficiência, ao contrário do que é praticado atualmente, com ganhos baseados em volume de serviço.

Esta iniciativa promoveria ganhos de eficiência, ao coibir prescrições desnecessárias, e teria um impacto positivo na redução dos custos. É importante que os planos de saúde, públicos e privados e os provedores, realizem essa reforma na estrutura de funcionamento do FFS, se desejarem que o método seja viável economicamente.

Outro fator que impacta na viabilidade do método é a fixação de preços dos insumos e serviços, a fim de fomentar concorrência de mercado e evitar cobranças abusivas (YU et al., 2018; BESSTREMYANNAYA, 2013). Este segundo fator, chama a atenção para a importância da negociação entre fonte pagadoras e hospitais, para estabelecer preços justos pelos insumos e serviços que são utilizados para tratar cada paciente.

Não é desejável que um preço alto seja cobrado, para maximizar o lucro do provedor e suprir déficits de pagamentos em outras áreas (como por exemplo, os procedimentos de enfermagem, cuja maioria não são reembolsados), mas que um reembolso justo possa ser executado, não onerando nenhuma parte envolvida, nem aumentando excessivamente os custos com a saúde.

Como último fator interveniente, os estudos descrevem como uma medida para aumentar a receita, o aumento proporcional no volume de serviços ofertados por paciente (YU et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER, 2017; BESSTREMYANNAYA, 2013; JUNG et al., 2018; QUINN, 2015; YUAN et al., 2014).

Jung et al., (2018) descrevem que na Coréia do Sul, sob o sistema FFS, os prestadores de cuidados de saúde aumentaram o volume e a intensidade dos serviços médicos para obter uma margem de lucro maior.

Apesar de ser um aspecto negativo do método FFS, já discutido no item que abordou as desvantagens, visto que apesar de aumentar os ganhos na receita para o provedor, a sustentabilidade financeira das fontes pagadores está ameaçada, essa é uma alternativa do ponto de vista dos hospitais para definir estratégia de negócio, e que pode ser adotada pelos tomadores de decisão, desde que o serviço de saúde comporte esse acréscimo de volume e saiba contornar as ineficiências (que reduzem a margem de lucro).

5.2.2.2 Métodos Prospectivos

Os métodos prospectivos, representados nesta revisão pelo DRG, Capitação, Pagamento por Performance e Pagamento Baseado em Valor, tiveram na literatura pesquisada, as seguintes variáveis que se destacaram como importantes para que a relação do paciente, provedor e operadoras de saúde, fosse exitosa. Serão descritas separadamente por tipo de método.

DRG

Quadro 20 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: DRG

Fatores Intervenientes	Autores	Artigo
Pagamentos adaptados aos diferentes perfis de provedores e locais	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Samuel, AM; Webb, ML; Lukasiewicz, AM; Basques, BA; Bohl, DD; Varthi, AG; Lane, JM; Grauer, JN (2016)	Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement
	Bojke, C; Grasic, K; Street, A (2018)	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?
	Wu, VY; Shen, YC (2014)	Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes
	Liu, X; Mao, YH; Wang, HT; Chen, XG; Zhao, B; Sun, Y (2018)	Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing
	Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX (2017)	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system
Definir esquema compartilhado de riscos (pagamentos ajustados aos riscos)	O'Reilly, J; Busse, R; Hakkinen, U; Or, Z; Street, A; Wiley, M (2012)	Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries
	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States

Fatores Intervenientes	Autores	Artigo
	Moos, RM; Sprengel, K; Jensen, KO; Jentzsch, T; Simmen, HP; Seifert, B; Ciritsis, B; Neuhaus, V; Volbracht, J; Mehra, T (2016)	Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG
	Fuller, RL; McCullough, EC; Averill, RF (2011)	A New Approach to Reducing Payments Made to Hospitals with High Complication Rates
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Hu, WY; Yeh, CF; Shiao, AS; Tu, TY (2015)	Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
Acordo com operadoras para definir pagamentos ajustados à média de permanência (coibir dumping - baixam a média de preços a longo prazo)	Eliason, PJ; Grieco, PLE; McDevitt, RC; Roberts, JW (2018)	Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals
	Kim, YS; Kleerup, EC; Ganz, PA; Ponce, NA; Lorenz, KA; Needleman, J (2015)	Medicare Payment Policy Creates Incentives For Long-Term Care Hospitals To Time Discharges For Maximum Reimbursement
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Pongpirul, K; Walker, DG; Rahman, H; Robinson, C (2011)	DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand
	Wang, ZX; Liu, R; Li, P; Jiang, C (2014)	Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China
	Liu, R; Shi, JW; Yang, BL; Jin, CL; Sun, PF; Wu, LF; Yu, DH; Xiong, LP; Wang, ZX (2017)	Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system
Custos Apurados	Quentin, W; Scheller-Kreinsen, D; Blumel, M; Geissler, A; Busse, R (2013)	Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States
	Bojke, C; Grasic, K; Street, A (2018)	How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services?
Hospitais especializados	Liang, Li-Lin (2015)	Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix?
	Kifmann, M; Siciliani, L (2017)	Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O método DRG foi amplamente debatido nos artigos que fazem parte desta revisão. Os fatores intervenientes que impactam na gestão dos serviços e na relação dos provedores e fontes pagadoras foram demonstrados no Quadro 20. O primeiro aspecto descrito na literatura relacionava-se ao pagamento que deve ser adaptados aos diferentes perfis de provedores e locais (O'REILLY et al., 2012; KIFMANN e SICILIANI, 2017; SAMUEL et al., 2016; BOJKE et al., 2018; WU e SHEN, 2014; LIU et al., 2018; LIU et al., 2017).

O'Reilly et al. (2012), descrevem no seu estudo pelos países europeus que adotaram o método, que os esquemas de pagamentos foram adaptados aos contextos específicos de cada país em que operam. Assim, a implementação prática depende das relações entre prestadores e financiadores, do grau descentralização no sistema de saúde, da estrutura do mercado hospitalar (nível de competição entre hospitais públicos e privados etc.) e das características epidemiológicas e demográficas de cada lugar.

Ainda Bojke et al. (2018) salientam que os provedores que prestam cuidados mais complexos, os chamados hospitais de referência, indicam que é necessária uma remuneração diferenciada, de modo que a prestação de serviços de cuidados complexos, com maior uso de tecnologia, não seja frustrada por um sistema de pagamento inadequado.

Essa é primeira variável a ser considerada no momento da definição de como serão classificados os episódios e os valores que serão reembolsados pelos pagadores, e é o ponto inicial da implantação do método. Os estudos sinalizam que nem toda fórmula que deu certo em um determinado país, pode ser replicado em outro, deve-se levar em conta as características de cada sistema de saúde e da própria instituição que deseja aderir ao DRG, criando regras específicas que melhor se adaptem à realidade local.

A definição de um esquema compartilhado de riscos entre os sistemas de saúde, operadoras, pacientes e provedores também é outro fator importante no momento da negociação entre as partes e na definição dos valores de reembolso (O'REILLY et al., 2012; QUENTIN et al., 2013; MOOS et al., 2016; FULLER et al., 2011; HU et al., 2015; QUINN, 2015; KIFMANN e SICILIANI, 2017). De acordo com o estudo de Quentin et al. (2013), na Europa os sistemas de saúde de cada país, adotaram pagamentos adicionais por determinados serviços de alto custo e

ajustaram esses pagamentos de acordo com o risco de consumir mais recursos que cada paciente possuía, mesmo dentro de um código semelhante.

Isso quer dizer que ao codificar os episódios de atendimentos (as doenças), os valores não devem ser engessados, podendo haver uma possibilidade de ajustes de acordo com a gravidade que cada paciente possui, as comorbidades e necessidades de uso de recursos, para que os riscos financeiros não decaiam apenas sobre uma parte (provedor) e como consequência não gere incentivos à seleção de pacientes. A arte de projetar os pagamentos é obter o equilíbrio certo sem criar uma confusão de incentivos conflitantes.

Além de pagamentos ajustados aos riscos que cada paciente possui, outro fator que impacta no funcionamento do método de pagamento e também deve ser negociado entre os gestores no momento da formação dos preços de reembolso, são os valores ajustados à média de permanência (ELIASON et al., 2018; KIM, Y. et al., 2015; QUINN, 2015; PONGPIRUL et al., 2011; WANG et al., 2014; ; KIFMANN e SICILIANI, 2017; LIU et al., 2017). Essa prática tende a coibir o chamado dumping, que é a descarga (alta precoce) de pacientes que deixam de ser lucrativos para o provedor.

Kifmann e Siciliani (2017), ressaltam que o dumping pode se agravar com o tempo: o dumping reduz o custo médio, já que os pacientes como são descarregados, não consomem mais recursos; por sua vez, isso reforça ainda mais o dumping (alta precoce), e assim por diante, até que o estado estacionário seja alcançado.

Se o acordo entre as partes envolvidas na negociação for feito, atrelando de maneira muito cuidadosa, a média de permanência do paciente, à correção de ganhos, sem que isso implique em ineficiência proposital, os valores reembolsados serão mais adequados, e com uma tarifa mais alta há um incentivo para os provedores tratar mais pacientes mais caros. Este mecanismo pode reforçar um equilíbrio sem dumping.

Outro fator imprescindível para o funcionamento do DRG, é que o provedor tenha um sistema de custos apurados, para que possa conhecer seus gastos e precificar seus serviços junto aos clientes. No estudo de Bojke et al. (2018) referem que à medida que os dados de custo no nível do paciente se tornam disponíveis, os arranjos de pagamento podem ser progressivamente aprimorados. Refinamentos

podem envolver a construção de DRGs mais homogêneos e com melhor cálculo da base.

Na Europa, de acordo com Quentin et al. (2013), existe um compromisso entre coletar informações contábeis de custos de alta qualidade e garantir que uma amostra grande e representativa de hospitais contribua para um banco de dados nacional de custos, incentivos financeiros extras são oferecidos aos hospitais que possuem um banco de dados com os custos bem estabelecidos.

Outro fator a ser observado é a possível especialização dos serviços (LIANG, 2015; KIFMANN e SICILIANI, 2017). Esses autores descobriram nos seus estudos que houve uma tendência dos hospitais de preferir atender códigos mais lucrativos e, portanto, se especializar neles. Esse achado pode ser encarado pelos gestores hospitalares como uma estratégia de negócio, visando pacientes mais complexos, mas que remuneram melhor, e se especializando na área.

Contrapondo essa estratégia, os órgãos reguladores e operadoras precisam se atentar para que essa prática não se torne uma regra geral entre os provedores, pois assim os DRGs menos lucrativos não teriam espaço e locais de referência para serem atendidos. É preciso fiscalizar e limitar.

Capitação

Quadro 21 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: Capitação

Fatores Intervenientes	Autores	Artigo
Condições de pagamentos para diferentes perfis de provedores	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
Definir compartilhamento de riscos financeiros (pagamentos ajustados aos riscos)	Andoh-Adjei, Francis-Xavier; van der Wal, Renske; Nsiah-Boateng, Eric; Asante, Felix Ankomah; van der Velden, Koos and Spaan, Ernst (2018)	Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A Capitação, um método menos descritos na literatura, apresentou duas variáveis a serem consideradas pelos atores envolvidos no processo de construção e adoção do método, conforme observamos no Quadro 21, demonstrado acima.

O primeiro fator interveniente, foi a necessidade de adequar as condições de pagamentos para diferentes perfis de provedores (ANDOH-ADJEI et al., 2018). Este estudo demonstrou que a dinâmica de remunerar os provedores por este modelo, pagando um valor fixo por população atendida, precisa ser revisto no caso dos hospitais de referência nos grandes centros de saúde.

Essa diferença ocorre, pois os hospitais especializados ou de alta complexidade, não atendem apenas pacientes oriundos de sua zona demográfica, mas recebem pacientes de locais menores e com menos estrutura, sem receber o incentivo equivalente. Essa é uma característica muito comum nos hospitais brasileiros, onde a prática de “ambulância terapia” ainda persiste. Essa variável é plenamente possível de se adaptar se os gestores hospitalares conhecerem o perfil de pacientes atendidos e negociarem perante os órgãos responsáveis uma forma de regulação e remuneração nesses casos.

O segundo fator também discutido no método anterior é a necessidade de negociação com os sistemas de saúde e operadoras, sobre a definição de um sistema compartilhado de riscos (ANDOH-ADJEI et al., 2018; QUINN, 2015). Quinn (2015) descreve que quanto maior o risco financeiro o provedor estiver submetido, há menor possibilidade de aceitar aderir e manter o método, trazendo dificuldades para os sistemas de saúde na persuasão dos hospitais. Essa variável pede que haja uma precisão do perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos, para que os riscos sejam levantados corretamente e os valores sejam ajustados. Também requer a eficácia nos mecanismos de auditorias para minimizar a seleção de risco e as mudanças de perfis que puderem ocorrer (como uma epidemia, por exemplo).

Pagamento por Performance e Baseado em Valor

Quadro 22 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: P4P e Baseado em Valor

Fatores Intervenientes	Autores	Artigo
Provedores e sistemas criem critérios bem definidos de metas	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?
Necessidade de pessoas com conhecimento técnico na supervisão destes cuidados	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?
Indicadores ou auditorias para monitorizar os programas (efetividade)	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	"Designing a Framework for ""Iranian Pay for Performance"" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"
	Quinn, Kevin (2015)	The 8 basic payment methods in health care
	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?

Fatores Intervinentes	Autores	Artigo
Definição da forma de medir o desempenho e a recompensa	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Slotkin, JR; Ross, OA; Newman, ED; Comrey, JL; Watson, V; Lee, RV; Brosious, MM; Gerrity, G; Davis, SM; Paul, J; Miller, EL; Feinberg, DT; Toms, AS (2017)	Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience
	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
	Gray, S; Manesh, AO; Harirchi, I; Nedjat, S (2018)	"Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals"
Investimentos em qualidade para implantar o método	Binyaruka, P; Robberstad, B; Torsvik, G; Borghi, J (2018)	Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania
	McLawhorn, AS; Buller, LT (2017)	Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality
	Castaldi, S; Bodina, A; Bevilacqua, L; Parravicini, E; Bertuzzi, M; Auxilia, F (2011)	Payment for performance (P4P): any future in Italy?

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Os pagamentos prospectivos que oferecem remuneração adicional de acordo com os resultados entregues, representados nessa revisão pelo P4P e os Baseado em Valor, possuem 5 (cinco) fatores intervenientes (variáveis) que impactam na gestão dos serviços e relacionamento entre clientes e provedores, conforme demonstrado no Quadro 24 - Fatores intervenientes dos métodos de pagamento prospectivos: P4P e Baseado em Valor, demonstrado acima.

O primeiro pré-requisito para a adoção do método, é o momento da definição junto aos sistemas de saúde ou operadoras sobre quais linhas e programas de cuidados adotarão esse modelo de remuneração, bem como quais os objetivos devem ser atingidos por parte do provedor (SLOTKIN et al., 2017; CASTALDI et al., 2011). Essa etapa faz parte das negociações iniciais entre as partes e irá definir o foco do negócio.

No estudo de Castaldi et al. (2011), é descrito que para que o método P4P seja iniciado, determinados fatores devem ser avaliados: quais condições clínicas devem ser incluídas, o limite para cada parâmetro de qualidade, a quantidade de incentivos financeiros oferecidos e como serão fornecidos. É fundamental que os provedores e as fontes pagadoras criem critérios de adequação e inclusão de cuidados nestes sistemas de pagamento, se esta etapa for bem construída, com a exposição clara de metas a serem atingidas, a tendência de sucesso é maior.

Na sequência da etapa anterior, que é a definição dos critérios de inclusão e objetivos a serem atingidos com esses métodos, está a decisão sobre como será medido o desempenho dos provedores (GRAY et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER, 2017; SLOTKIN et al., 2017; BINYARUKA et al., 2018). Os hospitais podem ser remunerados de acordo com um comparativo com outros serviços. Um ponto importante a salientar é que hospitais com mais recursos, se comparados com os demais, saem ganhando neste comparativo e, portanto, tendem a receber um valor maior.

Outra maneira de remunerar é de acordo com sua própria evolução, através de médias históricas. Neste caso, hospitais que já possuem elevados níveis de qualidade, não terão grandes saltos de melhorias (uma vez que já possuem alto padrão de atendimento). Em contrapartida, instituições que não possuem nenhum investimento em qualidade, quando iniciam esta etapa de medir indicadores e aderir aos protocolos, apresentam grandes resultados iniciais, mas que com o passar do tempo, tendem a ser mais lineares.

Reforçando essas afirmações o estudo de McLawhorn e Buller (2017), mediu nos Estados Unidos que a adoção do Bundle, criou um viés de participação, porque os preços-alvo e os bônus foram predominantemente baseados na melhoria de um hospital em relação ao seu próprio desempenho passado. Isto atraiu organizações com históricos de alto custo ou baixo desempenho, porque ofereceu-lhes a maior oportunidade de melhoria. No entanto, os hospitais com histórico de baixo custo e alto desempenho consideraram Bundle uma opção pouco atraente, pois havia pouco espaço para melhorias em seu desempenho.

Nos Pagamentos Baseados em Valor, uma outra modalidade ainda pode ser eleita para medida, que é a definição do resultado que se deseja obter com o tratamento e se atingido, ocorre a remuneração (SLOTKIN et al., 2017). Metas

intermediárias também devem ser definidas, senão as condições que dependem da resposta do paciente, podem ameaçar o recebimento integral do valor.

Em quaisquer formas de medir e recompensar essas melhorias, podem ser medidas através de indicadores (que também devem ser escolhidos em conjunto).

Definida a etapa de qual caminho seguir, é importante que os provedores realizem investimentos iniciais em qualidade, se os hospitais tiverem aquém dos padrões necessários para implantar os programas (BINYARUKA et al., 2018; MCLAWHORN e BULLER, 2017; CASTALDI et al., 2011). Binyaruka et al. (2018), revelam que são necessários potenciais investimentos de melhoria de qualidade para harmonizar a capacidade de fornecer serviços antes de introduzir um método de pagamento baseado em desempenho.

Ainda McLawhorn e Buller (2017) descrevem que o gerenciamento bem-sucedido de pacotes de pagamentos exigirá que os hospitais invistam em recursos novos ou aprimorados, incluindo coleta e análise aprimoradas de dados, contratação de médicos de todas as especialidades, atualizações de tecnologia e recursos de coordenação de atendimento.

Em muitos casos em instituições mais pobres, será mais difícil dispor de recursos para esse investimento inicial, portanto esses provedores necessitarão de incentivos financeiros para aderirem aos programas.

Após a implantação do método haverá a necessidade de pessoal com conhecimento técnico (geralmente médicos ou enfermeiros) para realizar a supervisão dos cuidados, dentro dos protocolos e linhas de cuidados, verificar a adesão e os desfechos a eles relacionados (SLOTKIN et al., 2017; CASTALDI et al., 2011; MCLAWHORN e BULLER, 2017).

A criação de uma posição de coordenador de cuidados, pode reduzir readmissões dispendiosas, monitorar a adesão aos protocolos e promover a eficiência dos serviços. O hospital deve investir em estratégias de educação do paciente para definir e administrar as expectativas, concentrando-se especialmente no que esperar após a alta (MCLAWHORN e BULLER, 2017). Dependendo do tamanho do serviço e das linhas de cuidados inclusas no sistema de pagamento, mais de um coordenador de cuidado (ou gestor clínico, também chamado) será necessário. É um investimento que tem um retorno

fácil, visto que a qualidade e os desfechos satisfatórios retornaram em maiores pagamentos adicionais por episódio tratado.

A última variável apontada nos estudos para o funcionamento do método de pagamento baseado em desempenho ou valor entregue, é monitorar o funcionamento e os desfechos entregues através de indicadores, pesquisa de satisfação e auditorias para acompanhar os programas e sua efetividade (QUINN, 2015; GRAY et al., 2018; CASTALDI et al., 2011; BINYARUKA et al., 2018; SLOTKIN et al., 2017).

No estudo de Quinn (2015), foi demonstrado que nos Estados Unidos, os pagadores, estabeleceram mecanismos para monitorar os esforços dos provedores, através dos resultados obtidos na alta do paciente, indicadores clínicos e administrativos, inclusive relacionados ao custo. Outra forma de acompanhamento foi a inclusão de auditorias por amostragem para verificar a adesão aos protocolos e medidas para salvaguardar contra qualquer tendência a omitir os cuidados necessários.

Pesquisas de satisfação que considerem a experiência do paciente, conhecendo sua opinião com os cuidados prestados para medir a qualidade do atendimento também é uma perspectiva significativamente interessante, na qual se descobre se o serviço entregue realmente agregou valor para o paciente.

O Quadro 23 apresenta o resumo dos fatores intervenientes discutidos nesse item, são demonstrados a se seguir.

Quadro 23 - Resumo dos fatores intervenientes - por tipo de método

FFS	DRG	Capitação	Baseado em Valor/P4P
<p>Desenvolver programa de incentivo para promover eficiência e reduzir prescrição de insumos e procedimentos desnecessários;</p> <p>Negociação com operadoras para fixação de preços e fomentar concorrência de mercado;</p> <p>Aumento da receita (aumentar lucro por esta perspectiva) atrelada ao aumento de volume</p>	<p>Pagamentos adaptados aos diferentes perfis de provedores e locais;</p> <p>Definir esquema compartilhado de riscos (pagamentos ajustados aos riscos);</p> <p>Acordo com operadoras para definir pagamentos ajustados à média de permanência (coibir dumping - baixam a média de preços a longo prazo);</p> <p>Custos Apurados;</p> <p>Hospitais especializados.</p>	<p>Condições de pagamentos para diferentes perfis de provedores;</p> <p>Definir compartilhamento de riscos financeiros (pagamentos ajustados aos riscos)</p>	<p>Provedores e sistemas criem critérios bem definidos de metas;</p> <p>Necessidade de pessoas com conhecimento técnico na supervisão destes cuidados;</p> <p>Definição da forma de medir o desempenho e a recompensa;</p> <p>Investimentos em qualidade para implantar o método</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.2.3 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DOS MÉTODOS DE PAGAMENTO

A seguir apresentamos o Quadro 24 contendo as necessidades para a implementação dos modelos de pagamento nas instituições hospitalares. Trata-se de uma compilação dos achados na literatura pesquisada. A maior parte dos itens que compõem o Quadro 24 foram amplamente discutidos nessa revisão. No decorrer deste item serão descritas algumas necessidades que não foram abordadas e que julgamos que devam ser destacadas.

Quadro 24 – Necessidades estruturais e de processos para adesão dos diferentes métodos

Métodos Retrospectivos - FFS	Método Prospectivo - DRG	Método Prospectivo - Capitação	Método Prospectivo - P4P ou Baseado em Valor
Estrutura Física			
Setor de auditoria de contas Tecnologias simples	Adoção de sistema de informação robusto Setor de Controladoria	Adoção de sistema de informação robusto Setor de Controladoria	Adoção de sistema de informação robusto Setor de Controladoria Investimento em infraestrutura para adequação aos padrões de qualidade
Processo gerenciais			
Incentivo ao aumento de volume de serviços Não é necessário monitoramento de indicadores e resultados Pagamento pós cuidado - prazo de recebimento Tabela com o valor de cada procedimento ou item utilizado;	Monitorar classificação dos casos (códigos) Coordenação do cuidado (gestão clínica dos casos) Adoção de protocolos e diretrizes de cuidados Sistema de custos apurados Negociação prévia com as fontes pagadoras dos valores por episódios e dos valores ajustados ao risco Monitorar epidemiologia da população assistida Monitorar indicadores (processo e resultado) Mix de pagamento para setores com atendimento externo	Coordenação do cuidado (gestão clínica dos casos) Adoção de protocolos e diretrizes de cuidados Monitorar epidemiologia e demografia da população assistida Integração e cooperação das redes de atendimento Negociação prévia com as fontes pagadoras dos valores ajustados aos riscos Sistema de custos apurados Monitorar indicadores (processo e resultado)	Coordenação do cuidado (gestão clínica dos casos) Adoção de protocolos e diretrizes de cuidados Negociação com fontes pagadoras dos valores e metas a serem atingidas Acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade Integração e cooperação das redes de atendimento Avaliar experiência do paciente Monitorar epidemiologia e demografia da população assistida Sistema de custos apurados Monitorar indicadores (processo e resultado)

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Com relação aos pagamentos retrospectivos, o setor de auditoria e faturamento de contas se faz necessário em uma instituição que utiliza o FFS como modelo de pagamento, pois pela característica de reembolso pós cuidado (YU et al. 2018), os lançamentos de tudo que foi gasto precisa ser realizado, cobrado e auditado por ambas as partes envolvidas no negócio – fonte provedora do cuidado e fonte pagadora. O prazo de pagamento também é um item importante a ser observado, já que ele é feito após o serviço ser realizado, e o hospital ter empregado recursos para o tratamento do paciente. Cabe ao gestor considerar o acompanhamento de um indicador que retrate essa informação.

Para operacionalizar o processo de cobrança é necessário que todos os serviços e insumos possuam uma tabela com valores pré-estabelecidos em negociação com as fontes pagadoras (BESSTREMYANNAYA, 2013). Essa iniciativa permitirá que o profissional do faturamento possa lançar os gastos e gerar uma conta a receber. O gestor conhecerá os valores de cada serviço e insumo e assim definir quais incentivar o consumo (sem que a ética seja corroída) para que a rentabilidade seja maior. O contrário também se aplica.

Com relação aos pagamentos prospectivos é consenso a necessidade de um setor de controladoria, que será responsável pela criação, apuração e monitoramento de um sistema de custos, essencial para que os métodos sejam aplicados (QUENTIN et al. 2013).

O monitoramento, por todas as partes envolvidas, da classificação nos códigos corretos, é necessário nos modelos que usem o DRG como base. Essa prática inibe upcoding, que onera as fontes pagadoras (LIANG, 2015), como também resguarda que a instituição deixe de receber pelos atendimentos de pacientes que porventura possam ter sido classificados erroneamente e custem mais que o previsto.

Esse papel, dentro das instituições hospitalares, pode ser desempenhado por um gestor clínico de casos, que além desse monitoramento mencionado com relação aos códigos, pode facilitar os processos que envolvem o paciente, resolver as pendências e evitar ineficiência do atendimento. Poderá ser designado a esse profissional, também o monitoramento da adesão aos protocolos de cuidados, essenciais aos modelos

de pagamento prospectivos, que visem a integração da resolubilidade e qualidade assistencial (MCLAWHORN; BULLER, 2017).

Adotar e acompanhar os indicadores são essenciais para os gestores de instituições que aderem a pagamentos prospectivos. Seja indicadores que retratem a eficiência e redução de custos, foco do método DRG, como os indicadores que demonstrem a qualidade do atendimento prestado, premissa para recebimento de incentivos financeiros do P4P e do Baseado em Valor (GRAY et al. 2018). Através de indicadores é possível medir a efetividade dos programas de incentivo pré-determinados com as operadoras, também conhecer a opinião do usuário sobre sua experiência na instituição.

A discussão das necessidades para implantação de cada método, finaliza o capítulo de resultados, que foram expostas, juntamente com as vantagens e desvantagens descritas na literatura pesquisada e as variáveis que de alguma forma impactam na implementação dos métodos, as repercussões gerenciais que cada provedor, operadoras e sistemas de saúde terão de administrar quando tiverem intenção de avaliar qual melhor método adotar. Poderá também ser levantado a possibilidade de um mix de métodos que melhor se adequem a realidade de cada instituição de saúde e fonte pagadora, e que resolvam as principais carências e déficits de resultados, sejam eles clínicos ou financeiros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma nos métodos de pagamento realizada aos prestadores de serviços de saúde é bem documentada como crucial para determinar o desempenho dos sistemas e instituições em termos de contenção de custos, eficiência e qualidade do atendimento.

Este estudo contribuiu para organizar e ampliar o conhecimento sobre os métodos de reembolso na saúde relatados em artigos acadêmicos presentes nas principais bases de dados de gestão e de saúde ao buscar incluir todas as referências relevantes para o objeto do estudo, seguindo as recomendações da metodologia PRISMA e adotando um processo de busca sistemática, replicável e transparente. Foi demonstrado que há um crescente interesse pelo tema com a ascensão das publicações.

Tal esforço de pesquisa permitiu identificar pontos ainda pouco explorados, mostrou a diversidade de métodos de reembolso, as vantagens e desvantagens de cada um, bem como todas as variáveis que impactam na gestão dos serviços de saúde e planos de saúde na adoção de um novo método.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos, uma vez que os principais métodos praticados foram descritos e as repercussões gerenciais que impactam no processo de gestão das instituições e operadoras foram debatidas, além de levantadas as principais necessidades estruturais e de processos para implantação de cada método de pagamento.

Os resultados evidenciaram que o modelo retrospectivo de pagamento, caracterizado pelo FFS, considerado a metodologia tradicional de pagamento, impacta no aumento de custos na saúde, incentiva a fragmentação do cuidado e a ineficiência no atendimento e necessita ser reformulada. Esse modelo não é sustentável e mudanças nas forças reguladoras e de mercado são necessárias pela iminência de escassez de recursos advindos das fontes pagadoras.

Os pagamentos prospectivos estudados demonstram ser a melhor alternativa para conter custos na saúde, mas precisam ser revistos quanto à periodicidade de atualizações de tabelas de pagamentos e necessitam de melhores ajustes aos riscos de cada paciente. Ao mesmo tempo, deve ser contrabalançado com o uso de medidas de qualidade e outras medidas para salvaguardar contra qualquer

tendência a omitir os cuidados necessários.

Muitas vezes, é verdade que preparar-se para evoluções nos sistemas de pagamento pode ser trabalhoso e parecer caro antecipadamente. Acreditamos que, do ponto de vista da saúde da população, cuidados de maior qualidade, mais eficientes e focados na experiência do paciente, serão, na verdade, menos onerosos.

A revisão demonstrou que não existe um único método perfeito, as repercussões gerenciais descritas nos levam a sugerir uma adaptação metodológica para pagamentos que fomentem as melhores aferições de qualidade da assistência prestada, com metas mais fidedignas, que pesquisas comparativas entre os serviços possam ser realizadas, maiores investimentos em tecnologias e programas de gerenciamento de doenças crônicas. Esses itens são relevantes para serem considerados ao planejar um método de pagamento que melhor direcionem os gastos, promovendo a sustentabilidade dos serviços, sem incorrer em perdas de qualidade no cuidado oferecido aos pacientes. As relações de seguro de saúde e prestadores de serviço bem-sucedidas ao redor do mundo usam uma combinação de métodos, considerando cada contexto único do país, incluindo economia, história e epidemiologia de cada local.

É importante citar as limitações do estudo. Como em toda revisão sistemática, há inevitável perda de estudos indexados em bases de dados não incluídas. Outra limitação refere-se à falta de trabalhos publicados pelos pesquisadores de alguns países, como o Brasil. Não foram encontrados artigos com as experiências de métodos de reembolso praticados no nosso país.

Outra limitação é o reduzido número de publicações que tratam dos métodos de pagamento começaram a ser implantados recentemente. O método do DRG, que já é praticado há mais tempo, teve um número maior de estudos analisando suas características, enquanto métodos que atrelam indicadores de qualidade ao recebimento de incentivos, como o P4P, por exemplo, são iniciativas mais recentes, e portanto, carecem de maiores relatos de experiências, para que um estudo profundo continue a ser feito.

Recomenda-se que estudos futuros avaliem na prática se as repercussões gerenciais apontadas na literatura compilada neste estudo, são de fato as variáveis que devem ser consideradas.

Também, como sugestão, dada a tendência de adoção de novos métodos de pagamentos no mundo, incluindo países em desenvolvimento, fica uma lacuna de conhecimento se é possível implantar com sucesso, pagamentos que atrelam qualidade aos incentivos, e portanto requerem maiores investimentos, em países de baixa renda e com características distintas dos que apresentaram seus resultados nessa análise.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.P.B., GOULART B.N.G. Como minimizar vieses em revisões sistemáticas de estudos observacionais. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**. São Paulo. v.19(4):551-555. 2017.
- ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. Publicação Anual. 9º Edição. São Paulo (SP). 2017. 254p.
- _____ - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. Publicação Anual. 11º Edição. São Paulo (SP). 2019. 322p.
- ANDOH-ADJEI, F. X.; VAN DER WAL, R.; NSIAH-BOATENG, E.; ASANTE, F. A. et al. Does a provider payment method affect membership retention in a health insurance scheme? a mixed method study of Ghana's capitation payment for primary care. **BMC Health Services Research**, 18, n. 1, 2018.
- AZEVEDO, C. E. F., OLIVEIRA, L. G. L., GONZALEZ, R. K., ABDALLA M. M. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. **IV Encontro de Ensino e Pesquisa de Administração e Contabilidade**. Brasília (DF). 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ5.pdf>. Acesso em 25 de mar. de 2020, às 21h.
- BESSTREMYANNAYA, G. The Impact of Japanese Hospital Financing Reform on Hospital Efficiency: a Difference-in-Difference Approach. **Japanese Economic Review**, 64, n. 3, p. 337-362, 2013.
- BINYARUKA, P.; ROBBERSTAD, B.; TORSVIK, G.; BORGHI, J. Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania. **Health Policy and Planning**, 33, n. 9, p. 1026-1036, 2018.
- BORAH BJ, ROCK MG, WOOD DL, ROELLINGER DL, JOHNSON MG, NAESSENS JM. Association between value-based purchasing score and hospital characteristics. **Bmc Health Services Research**. v.12. 2012.
- BORGHI J, MAYUMANA I, MASHASI I, BINYARUKA P, PATOUIILLARD E, NJAU I, et al. Protocol for the evaluation of a pay for performance programme in Pwani region in Tanzania: A controlled before and after study. **Implementation Science**. v. 8.2013.
- BORGHI J, LITTLE R, BINYARUKA P, PATOUIILLARD E, KUWAWENARUWA A. In Tanzania, The Many Costs Of Pay-For-Performance Leave Open To Debate Whether The Strategy Is Cost-Effective. **Health Affairs**. v. 34(3):406-14. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Série A - Normas e Manuais Técnicos Brasília (DF). 2007a.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Grupo de Trabalho Sobre Remuneração dos Hospitais. **Sistemáticas de Remuneração dos Hospitais que Atuam na Saúde Suplementar**: Diretrizes e Rumos. Rodada Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadarj_2010.pdf. Acesso em 27 de nov de 2019, às 09hs.

_____. Banco Central. Acesso à Informação. **Calculadora do Cidadão**. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/calculadoradocidadao>. 2019a. Acesso em 27 de nov. de 2019, às 10h.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS**. 2019b. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em 29 de nov. de 2019, às 19h.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar**. Manual de Conteúdo e Estrutura Instruções para preenchimento das guias em papel. Versão 2.1. 10. Brasília (DF). 2007b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/tiss/Padrao_tiss/manual_de_conteudo_e_estrutura_v2110.pdf. Acesso em 29 de nov. de 2019 às 19h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **ROBIS – Risk of Bias in Systematic Reviews: ferramenta para avaliar o risco de viés em revisões sistemáticas: orientações de uso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.52 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

_____. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Nota Qualis Periódicos. 2019c. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/index.xhtml>. Acesso em 22 de abr. de 2020 às 10h.

BOJKE, C.; GRASIC, K.; STREET, A. How should hospital reimbursement be refined to support concentration of complex care services? **Health Economics**, 27, n. 1, p. e26-e38, 2018.

CASTALDI, S.; BODINA, A.; BEVILACQUA, L.; PARRAVICINI, E. *et al.* Payment for performance (P4P): any future in Italy? **Bmc Public Health**, 11, p. 7, 2011.

CHEE TT, RYAN AM, WASFY JH, BORDEN WB. Current state of value-based purchasing programs. **Circulation**. v. 133(22):2197-205. 2016.

DAIDONE, S.; STREET, A. How much should be paid for specialised treatment? **Social Science & Medicine**, 84, p. 110-118, 2013.

ELIASON, P. J.; GRIECO, P. L. E.; MCDEVITT, R. C.; ROBERTS, J. W. Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals. **American Economic Review**, 108, n. 11, p. 3232-3265, 2018.

FULLER, R. L.; MCCULLOUGH, E. C.; AVERILL, R. F. A New Approach to Reducing Payments Made to Hospitals with High Complication Rates. **Inquiry-the Journal of Health Care Organization Provision and Financing**, 48, n. 1, p. 68-83, 2011.

GRASIC K, MASON AR, STREET A. Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. **Health Economics Review**. v. 5. 2015.

GRAY, S.; MANESH, A. O.; HARIRCHI, I.; NEDJAT, S. Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals. **Health Scope**, 7, p. 10, 2018.

GREEN, E. P. Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives. **Journal of Economic Behavior & Organization**. v. 106:367-78. 2014.

HAMADA H, SEKIMOTO M, IMANAKA Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. **Health Policy**. v.107(2-3):194-201. 2012.

HERNANDEZ, J.; MACHACZ, S. F.; ROBINSON, J. C. US HOSPITAL PAYMENT ADJUSTMENTS FOR INNOVATIVE TECHNOLOGY LAG BEHIND THOSE IN GERMANY, FRANCE, AND JAPAN. **HEALTH AFFAIRS**, 34, N. 2, P. 261-270, 2015.

HU, W. Y.; YEH, C. F.; SHIAO, A. S.; TU, T. Y. Effects of diagnosis-related group payment on health-care provider behaviors: A consecutive three-period study. **Journal of the Chinese Medical Association**, 78, n. 11, p. 678-685, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estatísticas, Sociais, População. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 01/10/2018.

JUNG, Y. W.; PAK, H.; LEE, I.; KIM, E. H. The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals. **Yonsei Medical Journal**, 59, n. 4, p. 539-545, 2018.

KIFMANN, M.; SICILIANI, L. Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector. **Health Economics**, 26, n. 12, p. 1566-1582, 2017.

KIM YK. Forecasting the future reimbursement system of Korean National Health Insurance: a contemplation focusing on global budget and Neo-KDRG-based payment systems. **J Korean Med Sci**. v. 27 Suppl:S25-32. 2012.

KIM, H.; JUNG, I. M.; YUN, K. W.; HEO, S. C. *et al.* Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy. **Annals of Surgical Treatment and Research**, 88, n. 3, p. 126-132, 2015.

KIM, Y. S.; KLEERUP, E. C.; GANZ, P. A.; PONCE, N. A. *et al.* Medicare Payment Policy Creates Incentives For Long-Term Care Hospitals To Time Discharges For Maximum Reimbursement. **Health Affairs**, 34, n. 6, p. 907-915, 2015.

LIANG, L.-L. Do diagnosis-related group-based payments incentivise hospitals to adjust output mix? **Health Econ**, 24, n. 4, p. 454-469, 2015/00 2015.

LIU, R.; SHI, J. W.; YANG, B. L.; JIN, C. L. *et al.* Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system. **International Health**, 9, n. 5, p. 317-324, 2017.

LIU, X.; MAO, Y. H.; WANG, H. T.; CHEN, X. G. *et al.* Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing. **Chinese Medical Journal**, 131, n. 1, p. 25-31, 2018.

LORENZO IV, NAVARRETE MLV, NUNEZ RT, AGUSTI E, BROSA F, CASAS C. Impact of a capitation payment system on healthcare coordination. **Gaceta Sanitaria**. v. 22(3):218-26. 2008.

MARCELO, J. F.; HAYASHI, M. C. P. Estudo bibliométrico sobre a produção científica no campo da sociologia da ciência. **Informação e Informação**. v. 18, n. 3, p. 138 – 153. 2013.

MAYUMANA, I.; BORGHI, J.; ANSELMINI, L.; MAMDANI, M. *et al.* Effects of Payment for Performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania. **Social Science & Medicine**, 179, p. 61-73, 2017.

MCLAWHORN, A. S.; BULLER, L. T. Bundled Payments in Total Joint Replacement: Keeping Our Care Affordable and High in Quality. **Current Reviews in Musculoskeletal Medicine**, 10, n. 3, p. 370-377, 2017.

MECHANIC RE, ALTMANN, S. H. Payment Reform Options: Episode Payment Is A Good Place To Start. **Health Affairs**. v. 28(2). 2009.

MEHRA, T.; KOLJONEN, V.; SEIFERT, B.; VOLBRACHT, J. *et al.* Total inpatient treatment costs in patients with severe burns: towards a more accurate reimbursement model. **Swiss Medical Weekly**, 145, p. 13, 2015.

MIHAILOVIC, N.; KOCIC, S.; JAKOVJEVIC, M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. **Services Research and Managerial Epidemiology**. v. 3, p. 1-8. 2016.

MOHER, D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** v. 6(7). 2009. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable>. Acesso em 29 de nov. de 2019, às 20h.

MOON, S. U. B. Early results of pediatric appendicitis after adoption of diagnosis-related group-based payment system in South Korea. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, 8, p. 503-509, 2015.

MOOS, R. M.; SPRENGEL, K.; JENSEN, K. O.; JENTZSCH, T. *et al.* Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG. **Swiss Medical Weekly**, 146, p. 13, 2016.

MORENO-SERRA, R.; WAGSTAFF, A. System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. **Journal of Health Economics**, v. 29, n. 4, p. 585-602, 2010.

MUHLESTEIN DB, CROSHAW AA, MERRILL TP. Risk Bearing and Use of Fee-for-Service Billing Among Accountable Care Organizations. **American Journal of Managed Care**. v.19(7):589-92. 2013.

NGUYEN HTH, BALES S, WAGSTAFF A, DAO H. Getting Incentives Right? The Impact of Hospital Capitation Payment in Vietnam. **Health Economics**. v. 26(2):263-72. 2017.

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Better Ways to pay for Health Care**. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, 2016.

O'REILLY, J.; BUSSE, R.; HAKKINEN, U.; OR, Z. *et al.* Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. **Health Economics Policy and Law**, 7, n. 1, p. 73-101, 2012.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de Qualidade para Artigos de Pesquisa Qualitativa. **Revista Psicologia em Estudo**. v. 24, e43536. Maringá (PR). 2019.

PONGPIRUL, K.; WALKER, D. G.; RAHMAN, H.; ROBINSON, C. DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. **Bmc Health Services Research**, 11, p. 10, 2011.

QUENTIN, W.; SCHELLER-KREINSEN, D.; BLUMEL, M.; GEISLER, A. *et al.* Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States. **Health Affairs**, 32, n. 4, p. 713-723, 2013.

QUINN, K. The 8 basic payment methods in health care. **Ann Intern Med**, 163, n. 4, p. 300-306, 2015/08 2015.

REAVEN, N. L.; ROSENBLOOM, J. Commentary on the reimbursement paradox. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. SUPPL. 7, p. S285-S289, 2009.

RIDGELY MS, DE VRIES D, BOZIC KJ, HUSSEY PS. Bundled Payment Fails To Gain A Foothold In California: The Experience Of The IHA Bundled Payment Demonstration. **Health Affairs**. v. 33(8):1345-52. 2014.

SACKEY FG, AMPONSAH PN. Willingness to accept capitation payment system under the Ghana National Health Insurance Policy: do income levels matter? **Health Economics Review**. v. 7. 2017.

SAMUEL, A. M.; WEBB, M. L.; LUKASIEWICZ, A. M.; BASQUES, B. A. *et al.* Variation in Resource Utilization for Patients With Hip and Pelvic Fractures Despite Equal Medicare Reimbursement. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, 474, n. 6, p. 1486-1494, 2016.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.15, n.3. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em 22 de mar. De 2020, às 16h.

SCHELLER-KREINSEN D, QUENTIN W, BUSSE R. DRG-Based Hospital Payment Systems and Technological Innovation in 12 European Countries. **Value in Health**. v. 14(8):1166-72. 2011.

SCHELLER-KREINSEN, D.; Euro DRG: How Well Do Diagnosis-Related Group Systems Group Breast Cancer Surgery Patients? Evidence From 10 European Countries. **Health Economics**, 21, p. 41-54, 2012.

SERUFO FILHO, José. **Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do diagnosis related groups 145.710 altas em 116 hospitais**. 2014. 122f. . Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2014.

SLOTKIN, J. R.; ROSS, O. A.; NEWMAN, E. D.; COMREY, J. L. *et al.* Episode-Based Payment and Direct Employer Purchasing of Healthcare Services: Recent Bundled Payment Innovations and the Geisinger Health System Experience. **Neurosurgery**, 80, n. 4, p. S50-S57, 2017.

SOOD, N.; HUCKFELDT, P. J.; GRABOWSKI, D. C.; NEWHOUSE, J. P. *et al.* The effect of prospective payment on admission and treatment policy: Evidence from inpatient rehabilitation facilities. **Journal of Health Economics**, 32, n. 5, p. 965-979, 2013.

SOOD N, ALPERT A, BARNES K, HUCKFELDT P, ESCARCE JJ. Effects of payment reform in more versus less competitive markets. **Journal of Health Economics**. v. 51:66-83. 2017.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

VERTREES, J. C.; AVERILL, R. F.; EISENHANDLER, J.; QUAIN, A. *et al.* Bundling post-acute care services into MS-DRG payments. **Medicare and Medicaid Research Review**, 3, n. 3, p. E1-E19, 2013.

WANG, Z. X.; LIU, R.; LI, P.; JIANG, C. H. Exploring the transition to DRGs in Developing Countries: A case study in Shanghai, China. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, 30, n. 2, p. 250-255, 2014.

WHITING P., SAVOVIĆ J., HIGGINS J.P., CALDWELL D.M., REEVES B.C., SHEA B., DAVIES P., KLEIJNEN J., CHURCHILL R. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. **Journal of clinical epidemiology**. v. 31 n.69:225-34. 2016.

WHO. World Health Organization. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf. Acesso em 12 set 2017.

WU, V. Y.; SHEN, Y. C. Long-Term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes. **Health Services Research**, 49, n. 5, p. 1596-1615, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman. 2005.

YUAN, S.; LIU, Y.; LI, N.; ZHANG, Y. *et al.* Impacts of health insurance benefit design on percutaneous coronary intervention use and inpatient costs among patients with acute myocardial infarction in Shanghai, China. **Pharmacoeconomics**, 32, n. 3, p. 265-275, 2014/00 2014.

YUAN B, HE L, MENG Q, JIA L. Payment methods for outpatient care facilities. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 2017(3). 2017.

YU, J.; QIU, Y.; HE, Z. Is universal and uniform health insurance better for China? Evidence from the perspective of supply-induced demand. **Health Econ Policy Law**, p. 1-16, 2018/08 2018.

ZHANG JL. The impact of a diagnosis-related group-based prospective payment experiment: the experience of Shanghai. **Applied Economics Letters**. v.17(18):1797-803. 2010.

Zhao C, Wang C, Shen C, Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. **Biosci Trends**. 12(2):109-115. 2018.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O Uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. **Revista Administração: Ensino e Pesquisa**. Rio de Janeiro. v. 16 No 2 P. 241–273. 2015.

APÊNDICE A – CHECKLIST PRISMA

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
TÍTULO			
Título	1	Métodos de Reembolso Praticados nos Hospitais: Análise de Repercussões Gerenciais na Adoção de Novos Métodos	1
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresentado um resumo estruturado incluindo: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais;	5
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Estudos a respeito de ganhos econômicos e de eficiência relacionados ao setor da saúde descrevem cada método de pagamento existente, mas não realizam um comparativo entre eles. Geralmente, o foco das análises é sobre os impactos na qualidade assistencial prestada ao aderir cada modelo, e as análises sobre as demais vantagens são escassas.	11
Objetivos	4	Caracterizar as repercussões na gestão de operadores de planos de saúde e prestadores de serviços para cada método de pagamento praticado no mercado da saúde. PICO (P- Operadoras/sistemas de saúde; I- mudança/adoção de método de pagamento; C- não mudar, manter modelo aplicado; O- Repercussões gerenciais (fatores intervenientes para a gestão) para cada método)	14
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Revisão Sistemática seguiu metodologia Prisma, seleção dos estudos realizada por pares, de maneira independente.	NA
Crítérios de elegibilidade	6	Crítérios de Inclusão: Artigos com texto disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, entre os anos de 2009 e 2018, que tivesse como cenário instituições hospitalares. Crítérios de Exclusão: estudos que não estivessem no formato de artigo científico, dados duplicados, artigos que analisassem nos resultados apenas desfechos clínicos e assistenciais.	29
Fontes de informação	7	Base de dados pesquisadas: Bireme, Web of Science e Scopus. As bases foram eleitas por terem como característica um considerável número de artigos pertencentes às áreas da pesquisa.	28
Busca	8	Descritores <i>MeSH</i> ("payment method" AND "insurance, health" or hospital and "prospective payment system" OR "fee for service plans" OR "valued-based reimbursement" or "payment for performance" or "bundle payment" or "diagnosis-related group payment"). Filtros: 2009-2018; idioma: inglês, espanhol e português Artigos Disponíveis ou Completos	28
Seleção dos estudos	9	A busca e seleção dos estudos foi realizada independentemente por pares, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelos pesquisadores. A extração de dados teve a mesma premissa de dois revisores coletando as informações dos estudos primários de forma independente, e resolvendo as discordâncias com um terceiro revisor e por meio de um consenso.	30
Processo de coleta de dados	10	Os artigos selecionados para o estudo foram lidos na íntegra, e tiveram seus dados preenchidos em uma planilha excel, que teve seu escopo definido em conjunto com os três pesquisadores.	30

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
Lista dos dados	11	Base Pesquisada, Autores, Ano, Título, Periódico, Centro de Pesquisa, Países, Descritores, Métodos de Pagamentos Descritos, Metodologia do Estudo, Objetivo, Vantagem, Desvantagem, Impactos Gerenciais, Nº de vezes que Foram Citados e Idioma do Artigo.	31
Risco de viés em cada estudo	12	Um protocolo de buscas e seleção dos artigos foi definido previamente, com critérios de inclusão e exclusão delimitados, para evitar vieses na escolha dos artigos a serem analisados. Aplicado ferramenta ROBIS para avaliação de risco de viés em revisões sistemáticas - Cochrane. Disponível http://www.robis-tool.info/	35
Medidas de sumarização	13	Os estudos foram sumarizados em uma tabela pela frequência que os dados aparecem nos resultados.	
Síntese dos resultados	14	Os dados encontrados foram agrupados, com base nas semelhanças entre os estudos revisados, para a obtenção das conclusões finais. Cada um destes agrupamentos foi pré-estabelecido previamente, evitando a tendenciosidade.	72
Risco de viés entre estudos	15	Dois revisores avaliaram cada artigo na íntegra a fim de minimizar erros, e realizaram o preenchimento das variáveis estabelecidas na planilha dos resultados. Uso da ferramenta ROBIS.	36
Análises adicionais	16	Análise bibliométricas e de resultados qualitativos, conforme as variáveis definidas previamente na planilha de coleta de dados. Análise de triangulação dos dados para estimar o nível de sensibilidade metodológica dos estudos.	43 - 45
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Retorno de estudos de acordo com as bases: WoS: 114; Bireme: 30 e Scopus: 03. Descrição completa do processo de seleção e exclusão dos estudos está no gráfico de fluxo apresentado no texto.	30
Características dos estudos	18	Características apresentadas no estudo bibliométrico.	45
Risco de viés em cada estudo	19	Aplicada a ferramenta ROBIS – Risk of Bias in Systematic Reviews	41
Resultados de estudos individuais	20	Não se aplica.	
Síntese dos resultados	21	Análise qualitativa dos dados	72
Risco de viés entre estudos	22	Aplicada a ferramenta ROBIS – Risk of Bias in Systematic Reviews	42
Análises adicionais	23	Ver item 16.	43 e 45
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Dados descritos nos itens: 5.1 e 5.2	34 e 72
Limitações	25	Limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés)	35
Conclusões	26	Apresentado a interpretação geral dos resultados e implicações para futuras pesquisas.	122
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Não houve financiamento.	

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA

Ferramenta ROBIS	Relevância: Sim, Incerta e Não (mais de uma não for correspondente)	Tendo em vista esses aspectos, a questão norteadora desta pesquisa é: Quais são as consequências na gestão de operadores de planos de saúde e hospitais para cada método de pagamento adotado?	Pico do meu estudo: P- planos de saúde e hospitais; I- mudança/adoção de método de pagamento; C- não mudar, manter modelo aplicado; O- Repercussões gerenciais (fatores intervenientes para a gestão) para cada método
------------------	---	--	--

Identificação de relevância				
Autores	Problema de pesquisa abordado	Métodos abordados no texto	Possui relevância com a RSL (dissertação)?	Justificativa (incertas)
Andoh-Adjei et al., 2018	que evidências sobre a adesão de provedores ao sistema de Capitação orientam o debate de políticas sobre o assunto?	Capitação, FFS e DRG	sim	
Binyaruka; Robberstad; Torsvik; Borghi, 2018	Medir se o P4P na Tanzânia afetou a cobertura e o desempenho de serviços, e se o design de incentivos aumentou ou mitigou as desigualdades?	P4P	sim	
Bojke; Grasic; Street, 2018	quais as implicações de financiamento da política de concentração de tratamento de pacientes com condições relativamente raras e complexas em um número limitado de centros especializados?	DRG	incerta	A pergunta coincide com a categoria que pretende conhecer as repercussões gerenciais do método de pagamento DRG, mas a análise de doenças raras, que não podem ser generalizadas não deixa clara se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Eliason; Grieco; McDevitt; Roberts, 2018	os hospitais de ptes. agudos de longa permanência dispensam os pacientes de forma desproporcional depois de cruzarem o limite de pagamento elevado?	DRG	sim	
Gray; Manesh; Harirchi; Nedjat, 2018	qual a viabilidade do programa P4P que foi implementado no Irã?	P4P	sim	
Jung et al., 2018	quais as mudanças nos padrões de prática clínica após a introdução do DRGs, substituindo o FFS entre os hospitais terciários coreanos e qual seu efeito na qualidade da assistência hospitalar?	DRG e FFS	sim	

Identificação de relevância				
Autores	Problema de pesquisa abordado	Métodos abordados no texto	Possui relevância com a RSL (dissertação)?	Justificativa (incertas)
Liu et al., 2018	fatores influenciadores no (DRGs) e o processo de agrupamento fornecem informações e referências sobre o controle de custos para hospitais?	DRG	sim	
Yu; Qiu; He, 2018	estimar a despesa de pacientes segurados por diferentes esquemas do sistema de saúde chinês e testar se as despesas por demanda ocorrem?	FFS	incerta	A pergunta coincide com a categoria custos e indução de demanda, mas a análise do sistema de saúde chinês e diferentes coberturas, não é relevante para o nosso estudo
Kifmann e Siciliani, 2017	o hospital seleciona pacientes que são mais bem remunerados de acordo com sistema de pagamento prospectivo do tipo DRG?	DRG	sim	
Liu et al., 2017	os DRGs podem reduzir os custos médicos e o tempo de permanência na China?	DRG	sim	
Mayumana et al., 2017	efeito do P4P na Tanzânia nos mecanismos de responsabilização interna e externa?	P4P	sim	
McLawnhorn e Buller, 2017	que achados a literatura traz sobre modelos de reembolso de pagamento por pacote para artroplastia total articular?	FFS e Baseado em Valor	sim	
Slotkin et al., 2017	quais inovações de Pagamento por bundle existem e a Experiência do Sistema de Saúde Geisinger	Baseado em Valor, FFS	incerta	A pergunta coincide com a categoria que pretende conhecer as repercussões gerenciais do método de pagamento baseado em valor, mas a análise de uma única instituição, não deixa clara se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Moos et al., 2016	o reembolso de cuidados para traumas graves nos primeiros 3 anos após a introdução do sistema suíço de reembolso de DRG (2012-2014) é adequado?	DRG	sim	

Identificação de relevância				
Autores	Problema de pesquisa abordado	Métodos abordados no texto	Possui relevância com a RSL (dissertação)?	Justificativa (incertas)
Samuel et al., 2016	determinar se tempo de internação hospitalar; permanência na unidade de terapia intensiva; e o tempo do ventilador difere entre as subpopulações do Medicare DRG 536.	DRG	incerta	A pergunta coincide com a categoria eficiência, mas a análise de um único DRG não pode ser generalizado, portanto não está claro se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Hernandez; Machacz; Robinson, 2015	examina a estrutura, os processos e a experiência com o programa de pagamento adicional de novas tecnologias do hospital do Medicare (DRG) desde seu início e compara com sistemas análogos em Alemanha, França e Japão	Baseado em Valor e Capitação	sim	
Hu et al., 2015	avaliar o impacto do DRG no comportamento dos prestadores de serviços de saúde e as melhores ações para obter lucro?	DRG	sim	
Kim, H et al., 2015	quais resultados em relação aos aspectos clínicos e custos médicos do sistema DRG coreano para apendicectomias comparando antes e depois da introdução do sistema DRG.	DRG e FFS	incerta	A pergunta coincide com as categorias custos e eficiência, mas a análise de um único DRG não pode ser generalizado, portanto não está claro se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Kim, YS et al., 2015	impacto da política do Medicare (DRG) no tempo de permanência e no reembolso entre pacientes em hospitais de longa permanência que necessitam de ventilação mecânica prolongada.	DRG	sim	
Liang, 2015	o método de pagamento baseado em (DRG) motiva os hospitais a ajustar o mix de produção a fim de maximizar os lucros em hospitais de Taiwan?	DRG	sim	
Mehra et al., 2015	qual modelo de reembolso simples e preciso, compatível com os sistemas de pagamento em potencial?	DRG	sim	

Identificação de relevância				
Autores	Problema de pesquisa abordado	Métodos abordados no texto	Possui relevância com a RSL (dissertação)?	Justificativa (incertas)
Moon, 2015	quais os resultados do tratamento da apendicite pediátrica no sistema DRG, com foco nos gastos com a saúde e na qualidade dos serviços de saúde?	DRG e FFS	incerta	A pergunta coincide com as categorias custos e qualidade, mas a análise de um único DRG não pode ser generalizado, portanto não está claro se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Quinn, 2015	quais métodos são ideais e se aplicam a todos os tipos de cuidados de saúde/contribuintes para ajudar a esclarecer os debates sobre reforma de pagamentos e compra baseada em valor?	DRG, Capitação, FFS, Baseado em Valor	incerta	A pergunta coincide com a análise do impacto na gestão quando propomos ou adotamos um novo método, mas o estudo propõe métodos teóricos de pagamento, não testa na prática, portanto não está claro se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Wang et al., 2014	como conectar o pagamento por serviço (sistema / esquema) e os DRGs (Grupos Relacionados ao Diagnóstico) durante o período de transição. ?	DRG e FFS	sim	
Wu e Shen, 2014	os fatores históricos de custo / receita hospitalar explicam a recente tendência de gastos hospitalares nos anos 2000 e a importância de cada um desses fatores?	DRG	sim	
Yuan et al., 2014	como uma mudança no benefício do seguro afetou a quantidade e a qualidade e os custos dos serviços hospitalares?	FFS	sim	
Vertrees et al., 2013	é viável utilizar um pacote combinado de cuidados hospitalares e uma unidade de pagamento?	DRG	sim	
Besstremyannaya, 2013	houve impacto na eficiência técnica e de custos de hospitais públicos locais após mudança de pagamento?	DPC japonês (mix DRG e FFS)	sim	
Daidone e Street, 2013	custos adicionais associados ao recebimento de cuidados especializados são suficientes?	DRG	sim	

Identificação de relevância				
Autores	Problema de pesquisa abordado	Métodos abordados no texto	Possui relevância com a RSL (dissertação)?	Justificativa (incertas)
Quentin et al., 2013	quais as diferenças entre os sistemas europeus de pagamento hospitalar e o sistema de pagamento potencial para pacientes internados pelo Medicare?	DRG	sim	
Sood et al., 2013	qual impacto para os provedores quando o medicare reduziu simultaneamente o reembolso marginal e aumentou o reembolso médio?	DRG e baseado em valor	sim	
O'Reilly et al., 2012	qual a motivação para a introdução do DRG, juntamente com as evidências empíricas disponíveis para avaliar o impacto da implementação.	DRG	sim	
Scheller-Kreinsen, 2012	o DRG explica a variação no custo ou no tempo de permanência na cirurgia de câncer de mama	DRG	incerto	A pergunta coincide com as categorias custos e eficiência, mas a análise de um único DRG não pode ser generalizado, portanto não está claro se a questão abordada pela revisão corresponde à questão-alvo
Castaldi et al., 2011	é possível implementar programas P4P na região da Lombardia, na Itália, com base no conjunto de dados existente?	P4P	sim	
Fuller; McCullough; Averill, 2011	redesenho ideal do sistema de pagamentos prospectivos do Medicare para reduzir os pagamentos feitos a hospitais com altas taxas de complicações	DRG	sim	
Pongpirul et al., 2011	determinar se a prática de codificação hospitalar na Tailândia foi adequada	DRG	sim	

Fonte: Elaborado pela autora, baseado na ferramenta ROBIS (Whiting et al. 2016).