

## **Pagamento por performance. O desafio de avaliar o desempenho na área da saúde**

*Pay-for-performance. The challenge of performance evaluating in health care*

César Luiz Lacerda Abicalaffe<sup>1</sup>

### **Palavras-chave:**

Pagamento por performance, pay-for-performance, P4P®, avaliação de desempenho em saúde, pagamento por qualidade

### **RESUMO**

O sistema de saúde tem se mostrado insustentável originando uma crise sem precedentes no setor. Tem se discutido que o modelo atual de remuneração dos prestadores de serviços de saúde é um dos responsáveis por esta crise. De um lado, os sistemas prospectivos de pagamento (i.e. salário e capitação) estimulam o sub-tratamento e a seleção de risco, por outro lado, o sistema retrospectivo (i.e. *fee-for-service*), leva a incentivos perversos, e a prática inconseqüente de custos. Desta forma, a revisão nos modelos atuais de remuneração dos médicos e demais prestadores de serviços de saúde é imperativa para se iniciar uma reforma geral em todo o sistema de saúde.

Neste artigo será apresentado um modelo de Pagamento por Performance (P4P) para o setor de saúde. Demonstrar-se-á que o P4P pode ser associado a qualquer sistema simples de remuneração e pode ser aplicado em qualquer área da saúde, i.e. hospitais, planos de saúde e sistema de saúde pública (SUS).

O modelo P4P parte de premissas sólidas centradas no paciente, onde os indicadores de desempenho são agrupados em domínios relacionados às dimensões da qualidade na saúde; os padrões de comparação dos indicadores são ajustados pelo risco dos pacientes atendidos; e as informações geradas são de fácil entendimento pelos prestadores. O modelo propicia aos prestadores uma cultura de auto-avaliação e busca pela excelência, através do uso de incentivos, financeiros ou não, relativos aos seus desempenhos.

Os maiores desafios para implantar programas de avaliação de desempenho no setor de saúde são os seguintes: o engajamento dos médicos em agendas pela melhoria da qualidade; a quebra do paradigma da padronização em saúde; a capacidade de geração de dados consistentes para a construção de indicadores de desempenho adequados; e finalmente, evitar as armadilhas em programas de avaliação de desempenho como ajustes de riscos, criação de modelos empíricos não centrados no paciente, imposição dos critérios aos prestadores e focar somente a redução de custos com o programa.

### **ABSTRACT**

The healthcare system has been proved unsustainable leading to an unprecedented crisis. It has been argued that the current reimbursement model to healthcare providers is one of the responsible for this crisis. On the one hand, the prospective reimbursement system (i.e. salary and capitation) stimulates under treatment and risk selection, and on the other hand, the retrospective system (i.e. *fee-for-service*), leads to perverse incentives and inconsequent cost practices. Thus, the review of the current reimbursement system model for doctors and others healthcare providers is imperative to start the health system reform as a whole.

In this article, a Pay-for-Performance (P4P) model for the health sector will be introduced. It can be associated to any simple reimbursement system and it fits to all market, i.e. hospitals, health plan and public health system (SUS).

The P4P model has sounds premises that are patient centered, where the performance indicators are gathers in domains related to the dimensions of quality in health; the measures benchmarks are

Recebido em: 08/02/2011 – Aprovado para publicação em: 15/02/2011

1. César Luiz Lacerda Abicalaffe é médico com mestrado em Economia da Saúde pela Universidade de York na Inglaterra. É autor do modelo P4P® de avaliação de desempenho para área de saúde no Brasil. Diretor Executivo da IMPACTO Tecnologias Gerenciais em Saúde. Contato: email: cesar@impactomedica.com.br

Endereço para correspondência: César Luiz Lacerda Abicalaffe, IMPACTO Tecnologias Gerenciais em Saúde, Avenida Candido de Abreu, 776 conjunto 1307, Curitiba, PR, Brasil, CEP 80.530-000, Tel.: + 55 41 3352-8080, + 55 41 9926-0806, e-mail: cesar@impactomedica.com.br

risk adjusted by patients' characteristics; and the generated information are easy to understand by the providers. The model enables providers to a self evaluation culture and to quest for excellence through incentives, financial or not, related to their performance.

The biggest challenges to implement performance evaluation programs in healthcare are the following: the doctors' engagement in quality improvement agenda; the paradigm shift of standardization in healthcare; the capability of producing consistent data to build adequate performance measures; and, finally, to avoid the performance evaluations programs traps such as: risk adjustment, empiric models that are not client centered, the imposition of the criteria to the providers, and develop a program just focus on reducing costs.

## Introdução

Nos últimos 20 anos vários estudos demonstraram que os modelos de remuneração simples na área de saúde são nocivos para todo o sistema. Por um lado, modelos prospectivos (i.e. salário e capitação) relacionam-se com sub-tratamento e seleção de risco, por outro lado, modelos retrospectivos (i.e. *fee-for-service* ou por procedimento) estimulam práticas inconseqüentes de custos e são responsáveis por incentivos perversos) (Robinson, 2004; Folland, 2004; Holahan, 1979; Labelle, 1990; Rice, 2006).

Aliado a isso, o seminal estudo "*Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*", produzido em 2001 pelo Institute of Medicine nos Estados Unidos, relacionou a estrutura de remuneração à qualidade da prestação de serviços, onde comenta que a estrutura de remuneração pode não facilitar ou até frustrar ações para a melhoria da qualidade na assistência à saúde (Institute of Medicine, 2001).

Atualmente, tanto as grandes potências mundiais como vários países em desenvolvimento, têm adotado uma nova proposta de remuneração dos prestadores de serviço em saúde vinculada ao desempenho ou *performance* ou a qualidade gerada. Estes programas que vinculam alguma forma de incentivo à qualidade da assistência prestada são chamados de Pagamento por Performance ou P4P (Millenson, 2004; NHS Report, 2004; Rosenthal, 2005; Rosenthal, 2006; Rowe, 2006).

Ainda em fase inicial, poucos estudos a respeito dos resultados concretos da implantação destes modelos têm sido publicados. Numa recente revisão sistemática feita por Peter Van Herck e vários autores analisaram 128 estudos e concluíram que a efetividade dos programas de P4P é muito variada, de negativo (raros estudos) ou ausência, até positivo ou muito positivo. No entanto, constata-se que o programa está diretamente relacionado com a melhoria na qualidade desde que adequadamente desenhado e alinhado com o contexto (Herck, 2010).

### O modelo de pagamento por performance

Consideramos como modelo ideal de Pagamento por Performance (P4P) ou Pagamento por Qualidade (P4Q) aquele que

é focado no paciente; encontra-se estruturado nas dimensões da qualidade na saúde; estimula o comprometimento do médico ou prestador com o sistema em que está inserido; premia estes profissionais com incentivos expressivos o suficiente para motivar mudanças na sua forma de prestar serviço; e cria o sentido de responsabilidade no atendimento médico que extrapola o momento da consulta.

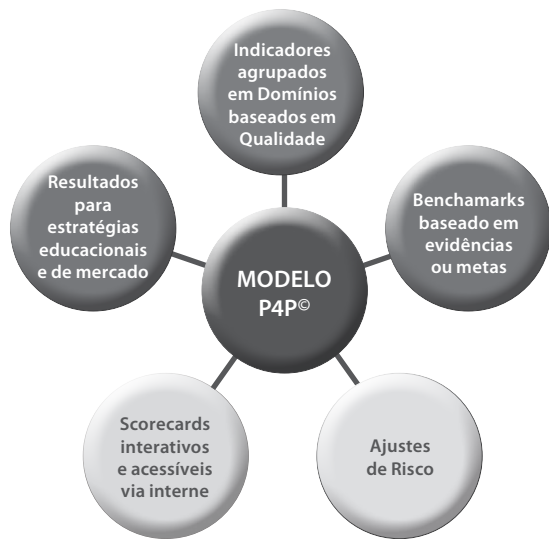
O modelo deverá tratar de forma diferente os que têm comportamento diferente. Não visa de forma alguma inibir a ação do profissional, mas sim auxiliar e disponibilizar todos os recursos para que a prática médica seja baseada em evidências. Não se devem ter altas expectativas com a redução custo com o P4P. Caso se consiga uma redução do aumento de custo, já será um grande ganho para o sistema. Reforça-se que tanto a redução de custo como a redução no aumento de custo deva ocorrer sem o prejuízo da prática médica e da agregação de valor ao paciente.

Desde 2007 temos testados vários modelos de Pagamento por Performance em planos de saúde e hospitais (Abicalaffe, 2008; Abicalaffe; 2009). Em 2009, após vários estudos de modelos existentes fora do Brasil e dos projetos implantados aqui, foi possível desenvolver um modelo considerado adequado à realidade brasileira (Abicalaffe, 2010). O modelo chamado de P4P©, o qual se encontra registrado na Biblioteca Nacional, contempla um robusto software para agregação dos dados, geração dos indicadores e avaliação de desempenho dos prestadores.

O desenho geral do modelo mostrou-se altamente aplicável para qualquer setor de saúde, i.e. planos de saúde, hospitais e o SUS, desde que suas premissas sejam seguidas.

As premissas do modelo P4P©, apresentadas na Figura 1, são as seguintes: indicadores agrupados em domínios relacionados à qualidade na saúde; busca pela excelência através do uso de bandas ideais; ajustes de risco de acordo com a complexidade dos casos atendidos; estruturação de *scorecards* robustos e de fácil entendimento por quem está sendo avaliado; critérios justos de incentivos; e finalmente utilizar a avaliação de desempenho com estratégia educacional para a melhoria contínua do sistema. Estas premissas estão estru-

turadas sobre dois conceitos fundamentais: o paciente é o centro e o programa deve ser ético.



Fonte: IMPACTO, 2010.

Figura 1: Premissas do Modelo P4P©

## Os Domínios do P4P©

Conceitualmente, os domínios do P4P© são agrupamento de indicadores de desempenho. Como a perspectiva deste modelo está centrada na qualidade da assistência a saúde dos pacientes/clientes, esta mesma lógica é seguida para definir os indicadores e agrupá-los em domínios ou dimensões da qualidade.

Diversas instituições que propõem modelos de avaliação de desempenho dos prestadores na área de saúde foram estudadas para embasar na escolha dos domínios utilizados no modelo P4P©. As principais foram: National Committee for Quality Assurance (NCQA/HEDIS, 2010), Institute of Medicine (IOM, 2007), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ-EUA, 2011), The Leapfrog Group (2010, EUA), Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH, 2010 - França), Quality and Outcomes Framework (QOF, 2005 - Inglaterra), Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2011), entre outras. A análise se deu a luz dos conceitos de avaliação da qualidade na saúde propostos por Avedis Donabedian, onde se afirma que qualidade se avalia em termos de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988).

A conclusão deste estudo apontou que, em maior ou menor grau, estas instituições avaliam a qualidade na saúde nestas três dimensões, i.e. estrutura, processo e resultado.

Seguindo esta mesma lógica, o modelo P4P© propõe em agrupar os indicadores em quatro domínios. São eles: estrutura, eficiência técnica, efetividade do cuidado e satisfação do cliente. Aqui se apresenta um grande diferencial do mo-

delo P4P©: qualidade se avalia através de todos estes domínios combinados e não isoladamente o de resultado, defendido por alguns autores.

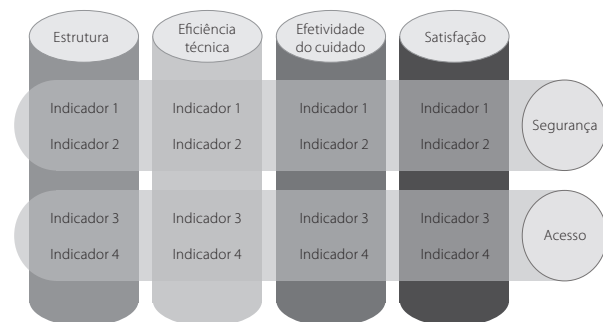
No domínio de ESTRUTURA, estão contemplados indicadores relacionados aos recursos humanos (e.g. formação profissional, participação de eventos, etc.) e ao uso de tecnologia de informação (e.g. prontuário eletrônico, prescrição eletrônica, etc.).

O domínio de EFICIÊNCIA TÉCNICA está relacionado ao que Donabedian propõe como Processo. Este domínio possui indicadores essencialmente relacionados a processos, custos e utilização do sistema. Seguidos de *guidelines* ou protocolos são capturados neste indicador. Alguns exemplos de indicadores neste domínio: políticas de eventos adversos evitáveis, seguimento de determinado protocolo, custo médio da assistência, dentre outros.

No domínio de EFETIVIDADE CLÍNICA OU DO CUIDADO, está relacionado indicadores de resultado ou desfechos intermediários e finais. Também estão capturados neste domínio indicadores de medicina preventiva. São monitorados aqui indicadores de: mortalidade, infecção hospitalar, compensação de hemoglobina glicada nos pacientes diabéticos, controle de pressão arterial, dentre vários outros.

O domínio de SATISFAÇÃO DO CLIENTE também é considerado como medida de resultado, pois refere à percepção do cliente/paciente quanto ao atendimento disponibilizado. Aqui os indicadores são coletados a partir de pesquisas de satisfação diretamente com o paciente ou cliente. Neste item é recomendado abordar questões referentes a dificuldades de acesso aos serviços, informações e orientações sobre sua condição de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde, e questões quanto à confiança e satisfação.

Estes domínios são considerados verticais, no entanto, quando se trata de avaliação de desempenho de Hospitais, é sugerido duas dimensões transversais, também chamadas de perspectivas, que permeiam estes quatro, são elas: SEGURANÇA e ACESSO. Na Figura 2 é possível verificar a relação matricial entre os domínios.



FONTE: IMPACTO, 2011

FIGURA 2: Distribuição dos 4 domínios verticais e 2 perspectivas horizontais na avaliação hospitalar

A qualidade da origem dos dados e a possibilidade de sua captura são fatores críticos de sucesso do modelo. Muitos modelos de P4P não tiveram o sucesso adequado por estes dois fatores, pois muitas vezes não existe o que monitorar pela incapacidade do sistema de saúde gerar dados adequados para a criação dos indicadores. Tendo a consciência disso no momento de implantar um programa P4P, é possível criá-lo de forma que aumente seu nível de complexidade progressivamente, onde num primeiro ano, por exemplo, o objetivo seria a geração adequada de dados para nos anos subsequentes monitorarem indicadores mais específicos.

## A busca pela excelência

A **busca pela excelência** é conseguida através da obtenção de bandas ideais, ou padrão de comparação, para cada indicador. Este padrão de comparação tem valor mínimo, usualmente chamado de “*threshold*” e um valor máximo, também chamado de “*benchmark*”.

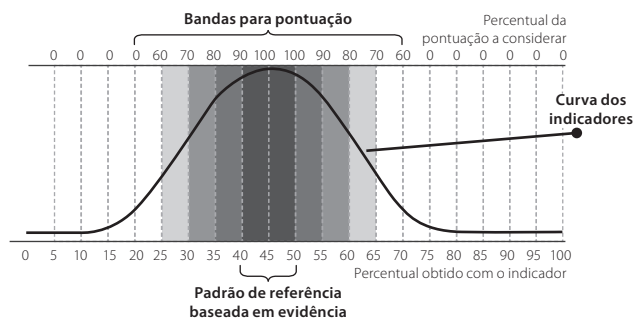
A metodologia de obtenção das Bandas Ideais segue um extremo rigor estatístico sendo baseada em evidências científicas. Caso não haja nível de evidência disponível ao indicador selecionado, deve ser aplicada a análise das melhores práticas médicas estabelecidas no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira em conjunto com o Conselho Federal de Medicina e Agência Nacional de Saúde Suplementar (AMB, 2011). Na falta de dados ou de aplicabilidade das fontes anteriormente citadas, uma alternativa é fazer uma análise comparativa baseada no padrão de comportamento dos prestadores que estão sendo avaliados e ajustá-los progressivamente, levando em conta que neste caso, estaremos trabalhando com o que o setor pratica e isso, não necessariamente, representará boas práticas. Caso ainda assim não se encontre o padrão de comparação adequado, sugere-se a utilização de metas a serem alcançadas pelos prestadores ou equipes objetos da avaliação. É importante que estas metas sejam estabelecidas de comum acordo entre a fonte pagadora e os prestadores avaliados.

O objetivo de criar Bandas Ideais é de estimular aos prestadores avaliados à busca pela excelência, sempre pontuando com 100% do valor atribuído ao indicador quando seus valores encontrados estiverem dentro desta banda, e à medida que se afastam desta, para cima ou para baixo, o percentual reduz progressivamente. A Figura 3 ilustra isso claramente.

### Os ajustes de risco

Ajuste de risco é um processo estatístico usado para identificar e ajustar as variações nos desfechos de pacientes que decorrem de diferenças nas características do paciente ou fatores de risco (Joint Commission, 2011).

Os ajustes de risco são fundamentais para evitar a seleção de risco e a comparação inadequada de profissionais da



FONTE: IMPACTO, 2009

**FIGURA 3:** Critério de busca pela excelência na comparação do valor do indicador encontrado com as bandas ideais.

mesma especialidade ou de prestadores com perfis de atendimento diferentes. Técnicas estatísticas são utilizadas para ter riscos ajustados tais como: idade, sexo, presença de comorbidades, dentre outros.

### A estruturação de scorecards

O agrupamento de forma organizada dos indicadores nos respectivos domínios e a pontuação gerada para cada indicador deve ser apresentado aos prestadores avaliados de forma organizada, simples, de fácil entendimento e com rastreabilidade dos dados que geraram os indicadores. Esta organização em “*scorecards*” é conseguida pela utilização de software específico que faz parte do modelo P4P©.

Quanto se compara o valor que o prestador teve em um determinado indicador com as bandas ideais, calcula-se a pontuação individual do indicador. A soma desta pontuação corresponde ao **Coefficiente de Performance**, ou à nota de desempenho do prestador, a qual pode ser de 0 a 100. O Coeficiente de Performance servirá de base para os incentivos do programa, que poderão ser financeiros ou não.

Uma das premissas e funcionalidades mais marcantes do modelo P4P© é avaliação periódica do médico ou prestador. Normalmente se recomenda o monitoramento mensal com avaliação final do desempenho semestral ou anual. Esta prática permite, se for o caso, que o incentivo financeiro seja expressivo o suficiente para que o programa seja do interesse e tenha aderência dos prestadores. Além disso, o médico ou prestador, conhecedor de seu desempenho durante todos os meses, pode buscar melhorá-lo e com isso chegar a um desempenho mais adequado no final do período analisado.

O modelo P4P© não define o quanto remunerar e quais seriam os critérios de remuneração. Isto é prerrogativa da fonte pagadora. No entanto, é uma premissa do modelo P4P© que em hipótese alguma haja redução de honorário médico ou dos valores pagos aos prestadores. Além disso,

não se recomenda vinculação do incentivo a um determinado procedimento ou a consulta médica. O valor de honorários deve ser respeitado dentro do contrato de prestação de serviços o qual geralmente está relacionado a uma tabela de honorários.

O maior desafio da fonte pagadora está em envidar esforços para que todos recebam incentivos, pois isso representará que todas as dimensões da qualidade foram atingidas e a medicina prestada está de acordo com o preconizado pelas melhores práticas. Todos ganham com isso: fonte pagadora, médicos e prestadores, e, principalmente, o paciente.

## **Desafios**

Os desafios para a implantação de um modelo de remuneração que quebre o paradigma atual são muitos, mas todos possíveis de serem superados. O engajamento dos médicos nas agendas de melhoria na qualidade e a resistência à mudança são os maiores deles. A classe médica tradicionalmente não está acostumada a ser avaliada. Um serviço tão nobre e tão individualizado é difícil de ser estandardizado. Muitos defendem que isso é impossível de ser feito, justificando-se com o aforismo que sempre é trazido à tona nas discussões sobre padronização em saúde de que “cada caso é um caso”. A reação inicial da classe médica quando se buscou introduzir as mesmas noções de qualidade àquela aplicada na indústria foi inexorável: “não existe linha de montagem em saúde. Nós não estamos fazendo carros, nós estamos lidando com seres humanos e cada paciente é diferente” (Kenney, 2008).

Para Donald Berwick, presidente e CEO do Institute for Health Improvement (IHI) e que atualmente assumiu o cargo de Administrador do Centers for Medicare & Medicaid Services dos EUA, ficou claro que seria impossível iniciar qualquer movimento pela qualidade sem o envolvimento dos médicos. Esta mesma visão dos médicos americanos é indiscutivelmente compartilhada pelos médicos brasileiros, aliás, é unanimidade mundial. A relação médico-paciente é sagrada e nada deve subjugar-la ou comprometê-la. No entanto, existem outros fatores no processo de atenção à saúde que está fora desta relação. Don Berwick escreveu: “... a barreira para o envolvimento dos médicos pode ser o fator mais importante para impedir o sucesso da melhoria da qualidade na saúde. A qualidade nas indústrias confia em medições e estandardizações das práticas, e os médicos são geralmente suspeitos das duas, pois estão associadas com definições de políticas; e medições alegadamente por melhoria podem ao invés disso serem usadas para julgamento e vigilância”. No entanto, Dr. Lucian Leape, médico e professor da Harvard School of Public Health e um dos grandes especialistas sobre o tema Erro Médico nos EUA, comenta que: “... não é sobre a variação dos pacientes que nós estamos falando. É sobre nossa varia-

ção que está o problema – defeitos em nossa performance” (Kenney, 2008).

Outro desafio à implantação de programas de P4P está na definição adequada dos indicadores e sua possibilidade de captura. É muito comum no Brasil existirem soluções empíricas para os problemas sem pensar em uma padronização para o setor. Uma excelente iniciativa por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi de incluir a discussão deste tema num grupo de trabalho sobre remuneração. O Modelo P4P© foi apresentado para a ANS, em projeto comissionado pela Organização Pan-americana de Saúde, e será utilizado como referência para o setor.

Outros desafios estão relacionados a possíveis armadilhas que serão encontradas no caminho de quem tem interesse em desenvolver modelos de P4P ou P4Q. Além de algumas citadas anteriormente, tem aquelas que comprometem a aderência e o sucesso do programa, tais como: implantar programas sem ajustes de risco, impor o modelo aos prestadores, focar em indicadores de custo e utilização que não sejam baseados em evidências ou em metas pré-estabelecidas, e finalmente não envolver os médicos e prestadores na análise dos critérios e indicadores que eles serão avaliados (Abicalaffe, 2009).

## **Discussão final**

Atualmente a maioria dos médicos e prestadores no Brasil recebe por procedimento (i.e. fee-for-service) onde os honorários e procedimentos são tabelados. Quanto mais é feito, mais é ganho. No sistema de saúde privado brasileiro existe mais de 15 mil códigos possíveis de serem cobrados e nenhum deles relacionado à cura ou resultados. O agravante disso tudo é que a presença de doença, de eventos adversos evitáveis e de complicações médicas, se traduz em maior ganho dos prestadores. Nos EUA uma simples cirurgia de 20 mil dólares que evolui para sepse tem seu custo total de tratamento próximo de 100 mil dólares. Ou seja, o prestador ganha mais com cuidado ruim. George Halvorson, CEO da Kaiser Permanente nos Estados Unidos, comenta que o hospital não ganha nada a mais se for livre de infecção hospitalar (Halvorson, 2009). No Brasil acontece a mesma coisa.

Além disso, outra resistência da classe médica vem da histórica pressão que seus honorários têm sofrido nos últimos anos. No sistema de saúde suplementar, o valor que o médico tem recebido nestes anos não acompanha sequer a inflação e muito menos o reajuste dos planos de saúde. O problema deste congelamento de honorários médicos é clássico dentro dos modelos de pagamento por procedimento. Muitos planos de saúde adotam esta medida com estratégia de reduzir custos, no entanto, estudos comprovaram que esta medida não resolve, pois se observa um aumento da utilização e da complexidade da produção gerada (Holahan, 1979; Labelle, 1990).

Logicamente se a ordem do dia é medir e avaliar, quanto maior for o grau de integração dos sistemas informatizados na saúde e a qualidade dos dados existentes, maior será a capacidade de captura destes dados para geração dos indicadores de desempenho.

No mundo ideal, cada paciente é individualizado e tem seu prontuário eletrônico que é compartilhado. Toda a utilização e os custos gerados estão integrados com os dados clínicos originados nos consultórios, ambulatorios, SADTs, programas de saúde ocupacional, programas de gerenciamento de doenças crônicas, hospitais, e até dados do departamento de Recursos Humanos das empresas. Neste mundo ideal, o monitoramento e avaliação a partir de indicadores robustos focados na melhoria da qualidade da assistência ocorrem de forma estruturada. Não é por menos que países como Inglaterra, França, Estados Unidos, e vários outros desenvolvidos têm definido políticas de implantação de prontuários eletrônicos integrados para todos os cidadãos. Quando, em 2002, George Halvorson assumiu como CEO da Kaiser Permanente, um dos maiores planos de saúde sem fins lucrativos dos Estados Unidos, a condição era que fosse feito um grande investimento em tecnologia de informação. Desde então, a KP investiu aproximadamente quatro bilhões de dólares num sistema de informações, denominado "HealthConnect" totalmente integrado que tem o seguinte mantra: "para todos os médicos, todas as informações sobre todos os pacientes durante todo o tempo". Hoje o prontuário eletrônico da KP é, provavelmente, o maior projeto de um único sistema privado de saúde já feito (Lian, 2010).

Inúmeros artigos comprovam que a medicina cara é a medicina mal feita e que o modelo de remuneração está diretamente relacionado ao alto custo dos sistemas de saúde (Robinson, 2001; Bufalino, 2006; Epstein, 2004). A questão que está em discussão atualmente no mundo todo já não é mais a redução do custo-saúde, mas sim uma redução do aumento deste custo. Inexoravelmente o custo com a saúde vai aumentar em função das novas tecnologias e a mudança do perfil epidemiológico e demográfico.

Desta forma, a fonte pagadora deverá buscar redução de custo não no congelamento de honorários ou restrição de utilização, mas sim nos desperdícios internos e de sua rede credenciada.

Estratégias de Pagamento por Performance ou Pagamento por Qualidade não são uma panacéia, mas são medidas fundamentais, se não obrigatórias, para uma mudança no sistema de saúde, onde promover a saúde com qualidade a um custo compatível e agregando valor ao paciente são essenciais.

## Referências bibliográficas

- Abicalaffe CL. International P4P Programs: P4P Programs for the Brazilian Private Health Sector - P4P-Impacto. The 5th National Pay for Performance Summit. 8-10 March 2010.
- Abicalaffe CL. Pagamento por Performance. As armadilhas mais frequentes que estarão no caminho dos gestores da área de saúde que tenham a iniciativa de implantar estes programas. Saúde Business, Novembro 2009.

- Abicalaffe CL. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. Presented at ISPOR. 13th International Congress, 2008 – Toronto – Canada. Value in Health, 2008 Vol 11 issue 3.
- Abicalaffe CL. Remuneração Baseada em Performance. O Que Existe de Diferente da Consulta Bonificada utilizada em algumas Unimeds. Poster apresentado na ISPOR 2nd Latin American Conference, 2009 – Rio de Janeiro – Brasil.
- Bufalino V, et al. Principles and Recommendation from the American Heart Association's reimbursement, coverage, and access policy development workgroup. Circulation, 2006;113:1151-1154
- Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine. The National Academy Press. Washington DC, 2001
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8
- Epstein A. et al. Paying Physician for High-Quality Care. N. England Journal Medicine, 2004;350:406-10
- Folland S and Goodmand A. "The Economics of Health and Health Care", 4th Edition. New Jersey: Prentice Hall, 2004.
- Halvorson. Health Care Will Not Reform Itself. CRC Press. New York NY, 2009
- Herck, PV and Col, 2010. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research 2010, 10:247
- Holahan J, Hadley J, Scanlon W, Lee R, Bluck J. Paying for physician services under Medicare and Medicaid. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1979 Spring;57(2):183-211
- Joint Commission. Specifications Manual for National Hospital Quality Measures, accessed Nov 2010.
- Kenney, C; The Best Practice. Public Affairs. Philadelphia PA, 2008
- Labelle R, Hurley J, Rice. The relationship between physician fees and the utilization of medical services in Ontario. Health Econ Health Serv Res. 1990;11:49-78.
- Lian L. Connect for Health. Transforming Care Delivery at Kaiser Permanente. A Wiley Imprint. San Francisco CA, 2010.
- Millenson ML. Pay for Performance: The best worst choice. Qual. Saf. Health Care 2004;13:323-324
- Ministère de la Santé; Haute Autorité de Santé. Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière: COMPAQH. Disponível em: <<http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/?cp=Portugais>>. Acesso em: novembro, 2010.
- National Committee for Quality Assurance. The Healthcare Effectiveness Data and Information Set: HEDIS. Washington: NCOA, 2010.
- National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05. Statistical Bulletin 2005/02/HSCIC. England, 2005
- National Quality Measures Clearinghouse/ Measures By Domain. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/browse/by-domain.aspx> Acesso em: 04 de jan. 2011.
- NHS Report. Early lessons from payment by results. Audit Commission; UK; 2004.
- Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Relatório de Indicadores CQH versão: Fevereiro de 2009-02. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/?q=taxonomy/term/4> Acesso em: 10 de jan. 2011.
- Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira. <http://www.projetodiretrizes.org.br/>. Acessado em 10 de Janeiro 2011
- Rewarding Provider Performance: aligning incentives in Medicare. Institute of Medicine. The National Academy Press. Washington DC, 2007
- Rice T. The physician as the patient's agency. The Elgar Companion to Health Economics, Edward Elgar, 2006.
- Robinson JC, et al. The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physician Organizations. HSR: Health Services Research October 2004; 39:5, 1589-1606
- Robinson JC. Theory and Practice in the design of physician payment system. The Milkbank Quarterly, Volume 79, n. 2; 2001;
- Rosenthal M et al. Pay for Performance in Commercial HMOs. N. England Journal Medicine, 2006;355:1895-902
- Rosenthal M. Early Experience with Pay-for-Performance: From concept to practice JAMA. 2005- Vol 294, No. 14; pp 1788-93.
- Rowe JW. Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care. Ann Intern Med. 2006;145:695-699
- The Leapfrog Group. Disponível em: <http://www.leapfroggroup.org/> . Acesso em: Dezembro de 2010.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals: PATH. Copenhagen: WHO, 2007.