

Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde

Analysis of payment models applied to federal funding from the perspective of the Brazilian Health System

Everton Macêdo¹, Anderson José Rocha da Silva², Ivanessa Thaianie do Nascimento Cavalcanti³, Mariana Marzullo Pedreira¹, Célia Rodrigues Lima⁴, Aliane de Castro Vieira⁵, Rebeca Carmo de Souza Cruz¹

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):65-76

Palavras-chave:

sistema de pagamento prospectivo, organização do financiamento, financiamento da assistência à saúde, economia da saúde, Sistema Único de Saúde

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem por objetivo identificar os modelos de pagamento existentes no Sistema Único de Saúde referentes aos repasses federais para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada à Saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo e analítico, desenvolvido em três etapas: levantamento de todos os tipos de repasse da União; classificação de cada categoria de repasse segundo os tipos de modelos de pagamentos; e mensuração da participação de cada modelo de pagamento, de acordo com os componentes de financiamento analisados, em relação aos valores líquidos repassados. **Resultados:** Os repasses federais foram classificados em sete modelos de pagamentos. Para a APS, em 2020, foram apurados R\$ 21,7 bilhões, aproximadamente, incluindo os recursos destinados para a pandemia, e R\$ 20,9 bilhões, sem considerar os recursos para enfrentamento da pandemia de COVID-19. Mais de 50% dos valores empregados foram classificados como capitação, em ambos os casos. Para a Atenção Especializada à Saúde, em 2019, foram computados em torno de R\$ 48,5 bilhões e, em 2020, acima de R\$ 49,2 bilhões. Para os dois anos, mais de 70% dos recursos foram destinados a pagamentos por procedimento. **Conclusões:** Este estudo permitiu a ampliação do conhecimento sobre a alocação dos recursos referentes aos repasses da União para estados, Distrito Federal e municípios. Como os modelos de pagamentos estão relacionados com a produtividade, acesso e qualidade do serviço de saúde, conhecer as formas de pagamento e identificar a mais adequada para cada situação contribui para o alcance das metas e para a mitigação de eventuais perdas de eficiência nos sistemas de saúde.

Recebido em: 22/04/2021. **Aprovado para publicação em:** 07/05/2021

1. Coordenação Geral de Economia da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

2. Coordenação de Gestão de Custos, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

3. Coordenação de Acompanhamento e Qualificação da Gestão de Preços em Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

4. Coordenação de Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

5. Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Instituição onde o trabalho foi executado: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. Este trabalho não reflete qualquer posicionamento institucional e representa exclusivamente análise técnica na perspectiva dos autores.

Informações sobre auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos: Pesquisa realizada sem qualquer auxílio financeiro, de equipamento ou de medicamentos.

Congresso: Este trabalho é inédito, resultante das pesquisas desenvolvidas no Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento.

Autor correspondente: Everton Macêdo. Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, Brasília, DF, Brasil. CEP: 70058-900. Telefone: (61) 3315-2722. E-mail: everton.macedo@saude.gov.br

Keywords:

prospective payment system, financing organization, healthcare financing, health economics, Unified Health System

ABSTRACT

Objective: This study aims at identifying the payment methods existing in the Unified Health System referring to federal transfers to Primary Health Care (PHC) and Specialized Health Care.

Methods: A quantitative and analytical study was carried out, developed in three stages: survey of all types of transfers from the Union; classification of each transfer category according to the types of payment methods and measurement of the participation of each payment methods, according to the financing components analyzed, in relation to the net values transferred. **Results:** Federal transfers were classified into seven payment methods. For PHC, in 2020, approximately R\$ 21.7 billion was calculated, including resources destined for the pandemic, and R\$ 20.9 billion without considering resources to face the COVID-19 pandemic. More than 50% of the amounts used were classified as capitation, in both cases. For specialized health care, in 2019, around R\$ 48.5 billion were calculated, and in 2020 more than R\$ 49.2 billion. For the two years, more than 70% of the funds were allocated to fee for service. **Conclusions:** This study allowed for an expansion in knowledge about the allocation of resources referring to transfers from the Union to states, the Federal District and municipalities. As the payment methods are related to productivity, access and quality of the health service, knowing and identifying the most appropriate payment methods for each situation contributes to the achievement of the goals and to the mitigation of eventual losses of efficiency in the healthcare systems.

Introdução

A partir das reformas de saúde promovidas nos anos 1990 (Ugá, 2012), fortaleceu-se a ideia de que os modelos de pagamentos podem ser ferramentas poderosas para a alocação eficiente de recursos, sem deixar de priorizar a qualidade do cuidado (Cyclus *et al.*, 2016). A partir dessa premissa, a busca por modelos de remuneração que ampliem a qualidade e o acesso dos serviços de saúde à população se tornou um desafio para sistemas de saúde em todo o mundo (Prada, 2016).

A alocação de recursos nos sistemas de saúde pode ser considerada antes do volume e tipo da produção realizada (*ex-ante*), como no orçamento global (*global budget*) e na capitação (*capitation per capita*), ou depois do volume e tipo da produção realizada (*ex-post*), como pagamento por procedimento (*fee for service*), por diária hospitalar (*per diem*) e prospectivo por procedimento (baseado em casos, *Diagnosis Related Groupings* – DRG) (Ugá, 2012; Cashin, 2015; ICOS, 2017). Para além desses pagamentos, há o pagamento por desempenho (*payment for performance*), os pagamentos por item de produção (*line-item budget*) e o pacote de cuidados (*bundle payment*) (Cashin, 2015; Conrad, 2015).

A combinação entre diferentes modelos de pagamento é uma escolha estratégica para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu efeito incide na produção dos serviços prestados à sociedade, na qualidade do serviço, na qualidade dos gastos setoriais e nos níveis de universalidade e equidade de acesso (Girardi *et al.*, 2007).

Atualmente, o Programa Previnde Brasil está em vigência no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. O programa apresenta novas regras de financiamento da APS, sendo construído sobre três formas de pagamentos da União para os municípios brasileiros: (i) a capitação ponderada, (ii) o pagamento por desempenho e (iii) o incentivo para ações estratégicas (Harzheim *et al.*, 2020). O pagamento por desempenho é um componente que busca qualificar as informações

produzidas e os serviços oferecidos pela APS, com apuração de indicadores de resultados das equipes a cada quadrimestre (Brasil, 2021c). Além disso, foram implementados repasses para auxiliar os municípios durante a fase de transição do antigo para o novo modelo de financiamento da APS. Esse é o caso do fator compensatório de transição e do valor *per capita* adicionado para os municípios com repasses diminuídos com as novas regras de financiamento (Brasil, 2019).

O financiamento da Atenção Especializada e Hospitalar à Saúde, também denominada Média e Alta Complexidade (MAC), é composto por pagamento da produção no âmbito hospitalar e ambulatorial e por incentivos. Esse nível de atenção é dividido em dois componentes: (i) o Limite Financeiro da MAC (Teto MAC), que é direcionado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; de adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos, entre outros; e o (ii) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que apresenta os recursos destinados ao financiamento de procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), de transplantes e procedimentos vinculados, por ações estratégicas ou emergenciais e por novos procedimentos não relacionados na tabela do SUS (Brasil, 2017).

A distribuição altamente complexa desses mecanismos no SUS potencialmente dificulta a avaliação das formas de remuneração, pois políticas de saúde desenvolvidas contemplam medidas e incentivos que devem permitir mudanças ao longo do tempo, de acordo com prioridades epidemiológicas e alinhadas com a monitorização dos indicadores gerados e informações dos prestadores (Kondo *et al.*, 2016).

Esse cenário torna o debate acerca da eficiência do SUS cada vez mais atual (Araujo *et al.*, 2018), exigindo decisões dos provedores que garantam a sustentabilidade fiscal do

sistema de saúde, sem prejudicar os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1988; Matta & Pontes, 2007). Diante disso, o objetivo deste artigo consiste em mapear os modelos de remuneração existentes no SUS referentes aos repasses da União para a atenção primária e especializada à saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico que visa apresentar a distribuição dos modelos de pagamentos no SUS, com foco nos repasses da União para os outros entes da federação, em benefício da APS, no ano de 2020, e da MAC, nos anos de 2019 e 2020. A opção metodológica de analisar apenas o ano de 2020 para APS justifica-se pela mudança substancial nos critérios de financiamento desse nível de atenção a partir desse ano, considerando que os parâmetros da série histórica anterior a esse período não permitiriam a continuidade de comparação dos dados.

A metodologia foi desenvolvida em três etapas. Na primeira etapa foram levantados todos os tipos de repasse da União, de acordo com os componentes de financiamento da APS e da MAC. No caso da APS, os repasses foram mapeados conforme proposto pelo Programa Previne Brasil, considerando as informações específicas de cada incentivo constantes na Portaria de Consolidação MS/GM nº 6 (Brasil, 2017) e

demais iniciativas da APS referentes ao combate à COVID-19 (Brasil, 2020a; 2020b). Para o nível MAC, foram identificados os repasses realizados pela União via Fundo Nacional de Saúde (FNS) (Brasil, 2021b) e no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) (Brasil, 2021d). No caso do SISMAC, foram desagregados os recursos referentes aos incentivos e à produção do Teto financeiro MAC direcionados aos estados e municípios.

Para a segunda etapa, inicialmente foram apresentadas as principais características, pontos favoráveis e desfavoráveis dos modelos de pagamento considerados no presente estudo (Quadro 1), conforme a literatura científica (Ugá, 2012; Cashin, 2015; ICOS, 2017). Em seguida, baseando-se nas opções descritas no Quadro 1 e na Portaria de Consolidação nº 6 (Brasil, 2017), cada categoria de repasse levantada na primeira etapa foi classificada segundo os tipos de modelos de pagamentos. É importante ressaltar que o levantamento dos incentivos do Componente do Limite Financeiro da MAC considerou informações disponibilizadas pela área técnica do Ministério da Saúde, que apresentou todos os incentivos cadastrados até o presente momento, inclusive aqueles que possam estar com *status* inativo. Dessa maneira, todos os incentivos listados foram classificados segundo os tipos de modelo de pagamento, no entanto, para efeito da apuração dos repasses realizados nessa categoria por meio do SISMAC, foram considerados aqueles com repasse efetivo dentro do período de interesse.

Quadro 1. Modelos de pagamentos considerados no estudo

Modelo de pagamentos	Características	Pontos favoráveis	Pontos negativos
Orçamento global	Repasses periódicos de um montante anual definido por meio de uma programação orçamentária. Os recursos repassados não estão vinculados à efetiva produção de serviços e podem ser gastos de forma flexível.	Possibilita ao gestor do recurso uma previsão de suas receitas.	Não cria incentivos ao bom desempenho do remunerado. Pode ocorrer o fornecimento insuficiente dos serviços.
Capitação (<i>per capita</i>)	Repasses para cobrir um pacote de serviços, definidos pela quantidade de indivíduos cobertos e multiplicados por um valor <i>per capita</i> , considerando o risco saúde e fatores de classificação (como sexo e idade).	Possibilita ao gestor do recurso uma previsão de suas receitas. Pode favorecer a competição entre os provedores. Foco na atenção primária e no controle de custos. Melhora o <i>mix</i> de resultados e o <i>mix</i> de insumos, e contribui para atrair inscritos e diminuir os insumos.	Pode gerar subprodução de serviços, uma vez que os recursos não dependem da produção (pacientes tratados), e sim da quantidade de pessoas vinculadas. Os provedores podem fornecer serviços insuficientes, aumentar os encaminhamentos para outros provedores e ter a seleção de pacientes mais saudáveis.
Por procedimento, taxa por serviço, tarifas ou tabela de taxa fixa (<i>fee for service</i>)	Repasso atrelado aos serviços efetuados (tratamento de cada paciente), ou seja, por remuneração discriminada com o somatório de todos os serviços (intermediários e finais) que compõem o procedimento realizado.	Possibilita ao gestor do recurso uma capacidade moderada de gestão. Pode contribuir para aumentar a eficiência do <i>mix</i> de insumos.	Pode gerar sobreutilização de serviços intermediários, principalmente os de maior valor, resultando em perda de qualidade da atenção médico-assistencial e no aumento no custo da assistência médica.

Modelo de pagamentos	Características	Pontos favoráveis	Pontos negativos
Diária hospitalar (<i>per diem</i>)	Refere-se exclusivamente às internações hospitalares. Seu valor equivale aos número de diárias multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária (custo médico), podendo ser diferenciados segundo a complexidade do hospital e a característica clínica.	Melhora a eficiência e aumenta a ocupação dos leitos. Contribui para a definição de valores de diárias diferenciados (decrecentes) com o tempo de permanência.	Os hospitais são remunerados pelo custo efetivo de cada paciente tratado, podendo levar à segregação de alguns pacientes, dependendo da patologia. Também pode ocorrer o prolongamento da permanência da internação do paciente.
Prospectivo por episódio, baseado em casos, Grupos Relacionados ao Diagnóstico (<i>Diagnostic Related Groups – DRC</i>)	Pagamento por episódio de tratamento e por internação, e conforme o quadro nosológico. Os valores são definidos previamente, mas podem variar conforme o diagnóstico. Essa forma estipula uma série de preços pré-fixados das internações, por tipo do paciente. Contudo, esses valores independem do custo efetivo de cada paciente tratado no episódio de sua internação.	Essa forma de pagamento requer um sistema de classificação dos pacientes, em grupos homogêneos de custos, para subsidiar a gestão econômica e a gestão clínica, e requer também um sistema de definição de preços unitários das altas que considere as características do hospital, que pode influenciar os custos.	Pode ocasionar redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação, alterando as funções de produção, visando à redução do custo de internações. Pode ocorrer aumento das reinternações, sugerindo a ocorrência de altas precoces, para reduzir o custo ou gerar novas internações. Alocação de pacientes em grupos de diagnósticos incompatíveis com o quadro nosológico. Mudança das prioridades dos prestadores, em que os objetivos financeiros fiquem acima da qualidade do atendimento.
Pagamento por desempenho (<i>payment for performance</i>)	Forma de pagamento mista, pautada no modelo de gerencialismo, combinando ações que incidem sobre a demanda e a oferta de serviços de saúde. Utiliza mecanismos de gestão da demanda (ex.: médicos de porta de entrada – <i>gatekeepers</i>) e mecanismos de copagamento ou de coparticipação nos custos dos serviços. Utiliza, também, diversas formas de contratualização de serviços de saúde pelos gestores do sistema, conforme a modalidade de alocação de recursos segundo o desempenho do prestador (cumprimento de metas quantitativas e qualitativas). Para a gestão da incorporação tecnológica, as metas podem incluir o tipo de tecnologia a ser incorporada, visando obter mais valor sobre os recursos aplicados (<i>value for money</i>).	Redução dos custos globais, aumento da eficiência dos prestadores e aumento da efetividade dos serviços de saúde.	Com o passar do tempo, os resultados podem se estabilizar ou ter melhora mais lenta. Pode não estimular a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas. Distintos vínculos/contratos com diversos órgãos financiadores podem limitar o impacto dos incentivos financeiros e dificultar a avaliação da forma de pagamentos mistos. E, complexidade do processo avaliativo do desempenho, que pode incorrer em custos adicionais ao sistema.
Orçamento de item de produção	Repasse de valor fixo por um período de tempo para cobrir despesas de insumos específicos (itens de produção).	Possibilita ao gestor do recurso uma previsão de suas receitas. Foco na gestão de custos.	Pode incidir em redução dos serviços, aumento de encaminhamentos de pacientes a outros provedores, aumento de insumos, utilização do recurso antes do prazo orçamentário. Pode não gerar incentivo ou mecanismo que visa à ampliação da eficiência.
Pacote de cuidados (<i>bundle payment</i>)	Valor repassado para os prestadores de serviço, baseados na expectativa de custo por episódio clínico, considerando o ciclo de cuidado e a diferença entre os serviços.	Assistência clínica mais coordenada e multidisciplinar facilitada pela longa permanência do paciente. Risco compartilhado entre a fonte pagadora e os prestadores de serviço.	Complexidade de implementação. Pode não ser aplicável para todos os casos clínicos. Pode exigir muito esforço operacional.

Fonte: Adaptado de Ugá, 2012; Cashin, 2015; ICOS, 2017.

Para a terceira etapa, mensurou-se a participação de cada modelo de pagamento mapeado para APS e MAC em relação aos valores líquidos repassados. Além dessas etapas, foram calculadas as proporções dos valores aprovados pela produção ambulatorial e hospitalar, por tipo de financiamento, com a finalidade de obter uma *proxy* para ser utilizada sobre os repasses em cada modelo de pagamento da MAC, conforme o tipo de produção (ambulatorial ou hospitalar).

No que tange à produção ambulatorial e hospitalar do SUS, foram utilizados os arquivos de dados dos tipos Produção Ambulatorial (PA) e AIH Reduzida (RD) para estimar as proporções dos valores aprovados (fonte: Datasus, referente ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS – e ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS). Os arquivos foram tratados segundo o ano de competência dos procedimentos aprovados, utilizando os arquivos disponíveis para os anos de 2019, 2020 e 2021 (somente os dados do mês de janeiro estavam disponíveis na data da extração), com o intuito de analisar apenas a produção de competência dos anos 2019 e 2020. Assim sendo, posteriormente foram somados os valores aprovados para os procedimentos por tipo de financiamento, de acordo com o ano de competência, e calculadas as proporções, com interesse exclusivo nas proporções encontradas para os financiamentos do tipo FAEC e teto MAC, conforme o tipo de produção.

Para obtenção dos dados referentes à APS, foram consideradas as informações da seção de financiamento da plataforma e-Gestor, sendo extraídas as planilhas mensais, consolidadas para o ano de 2020 (Brasil, 2021a). No caso da MAC, foram usados os dados do FNS para os repasses realizados para o componente do FAEC, e do Financeiro da MAC foram utilizadas as informações de repasse registradas no SISMAC, para o período de 2019 a 2020. Todos os dados foram tratados, e os resultados obtidos, por meio dos *softwares* R (*version 3.6.3*) e Microsoft Excel (2008).

Resultados

A classificação qualitativa dos componentes de pagamento mapeados para APS e atenção especializada permitiu consolidar os diversos instrumentos que informam modelos de pagamento no SUS (Quadro 2). Esse produto elencou os componentes estabelecidos por normativos federais, envolvendo quatro itens na APS, denominados “capitação ponderada”, “pagamento por desempenho”, “incentivos para ações estratégicas” e “COVID-19”. Na atenção especializada, foram compilados três componentes: “Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)”, “Incentivos – Componente Limite Financeiro da MAC (MAC)” e “Componente vinculado à produção”. Na APS, foram sumarizadas 25 categorias de pagamento. Desse total, 68% (n = 17) são categorias classificadas no modelo de pagamento orçamento global e 16% (n = 4), na modalidade capitação (Figura 1).

Na atenção especializada, 50 categorias foram classificadas, sendo 50% (n = 25) incluídas como orçamento global e 18% (n = 9), como diárias (Figura 2).

Analisando os repasses de pagamento na APS para o ano de 2020, incluindo créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia (COVID-19), foram apurados no total de 21,7 bilhões, aproximadamente. Foi possível observar que o mecanismo de pagamento por capitação respondeu por 53,6%, equivalente a R\$ 11,6 bilhões. O componente de orçamentação global, que compreende em geral os incentivos para ações estratégicas com temática definida, representou 36,9%, perfazendo cerca de R\$ 8 bilhões. O repasse por desempenho contribuiu com 8,2% do total, enquanto o pagamento vinculado diretamente a procedimentos representa somente 1,3% (Tabela 1).

A fim de observar o comportamento dos esquemas de financiamento para APS sem a inclusão de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia (COVID-19), verificou-se que o valor global se manteve semelhante, com apuração de R\$ 20,9 bilhões aplicados. Desse total, 55,5% foram empregados via capitação, além de 34,6% por meio de orçamentação global, e 8,5% foram repassados por desempenho (Tabela 2).

Para o nível de atenção especializada, consolidando os repasses realizados por meio de FAEC e Teto financeiro MAC, em 2019, foram computados em torno de R\$ 48,5 bilhões. O pagamento por procedimento foi realizado para 72,7% do valor total, compreendendo cerca de R\$ 35,2 bilhões (Tabela 3). Nesse grupo, está o conjunto de 10 componentes de pagamento por procedimento, incluindo a produção excedente do teto financeiro, terapia intensiva, oncologia, nefrologia e transplantes, que concentraram mais de 68% do valor total apurado. A orçamentação global participou da composição com 18,1%, e pouco mais de 60% desse percentual foi atribuído a incentivos de hospitais filantrópicos, unidades de pronto atendimento, SAMU e centros de atenção psicossocial, conjuntamente. O pagamento de diárias representou 6,3%, principalmente representado pelas unidades de terapia intensiva, com 3,45%, ou seja, mais de 50% do repasse para essa modalidade de pagamento.

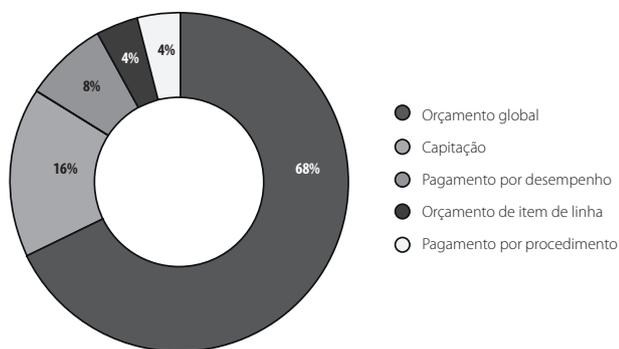
Em 2020, houve um acréscimo de repasses identificados, totalizando R\$ 49,2 bilhões. A distribuição se manteve semelhante, com 71,1% de repasses por meio da modalidade pagamento por procedimento. Na sequência, 19,2% foram executados por orçamentação global, 6,8% relativos ao custeio de diárias e 1,4% para pagamentos via *bundle* (Tabela 4). O mesmo grupo de componentes verificado para o ano anterior concentrou os repasses de pagamento por procedimento. Para orçamentação global, os mesmos incentivos descritos para o ano anterior responderam por 57% do total dessa categoria em 2020. O pagamento de diárias apresentou característica similar à do ano anterior. O principal componente da categoria de *bundle* foi a atenção oncológica.

Quadro 2. Componentes e incentivos da Atenção Primária à Saúde e da Média e Alta Complexidade, classificados segundo os modelos de pagamento considerados no estudo

Atenção Primária à Saúde		
Componente	Categorias	Modelo de pagamento
Capitação ponderada	Capitação ponderada	Capitação
	Fator compensatório de transição	Capitação
	Valor <i>per capita</i>	Capitação
Pagamento por desempenho	Pagamento por desempenho	Pagamento por desempenho
	Pagamento por desempenho Indicador Sintético Final (ISF)	Pagamento por desempenho
Incentivos para ações estratégicas	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Orçamento global
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Orçamento global
	Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade	Orçamento global
	Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)	Orçamento global
	Equipe de Consultório na Rua (eCR)	Orçamento global
	Equipe de Saúde Bucal (eSB)	Orçamento global
	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	Orçamento global
	Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional	Orçamento global
	Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	Pagamento por procedimento
	Microscopista	Orçamento de item de produção
	Programa Academia da Saúde (investimento e custeio)	Orçamento global
	Programa Saúde na Escola (PSE)	Orçamento global
	Programa Saúde na Hora	Orçamento global
	Programas de apoio à informatização da APS	Orçamento global
	Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	Orçamento global
	Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Orçamento global
COVID-19	Incentivo financeiro federal adicional <i>per capita</i>	Capitação
	Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à COVID-19	Orçamento global
	Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19	Orçamento global
	Saúde na Hora Emergencial	Orçamento global
Média e Alta Complexidade		
Componentes	Categorias	Modelo de pagamento
Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)	Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo predefinido	Pagamento por procedimento
	Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)	Pagamento por procedimento
	Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC)	Pagamento por procedimento
	Transplantes e procedimentos vinculados	Pagamento por procedimento

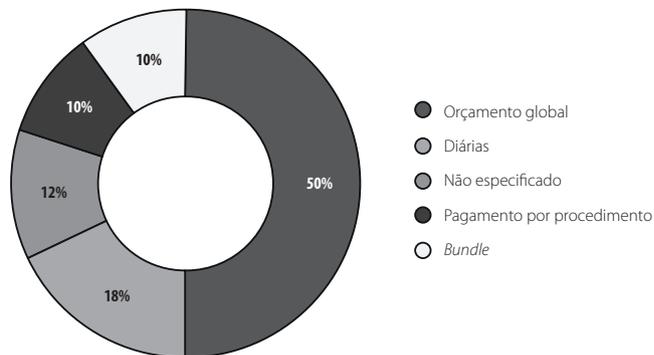
Média e Alta Complexidade		
Componentes	Categorias	Modelo de pagamento
Incentivos – Componente Limite Financeiro da MAC (MAC)	Ampliação oferta de serviço	Não especificado
	Cardiovascular	<i>Bundle</i>
	Cuidados prolongados – UCP	Diárias
	Enfermaria	Diárias
	Incentivo CAPS I, II, III, i e ad	Orçamento global
	Incentivo Casa da Gestante	Orçamento global
	Incentivo Centro de Parto	Orçamento global
	Incentivo CEREST	Orçamento global
	Incentivo EMAD I, EMAD II e EMAP	Orçamento global
	Incentivo Hospitais 100% SUS	Orçamento global
	Incentivo Hospitais de Ensino	Orçamento global
	Incentivo Hospitais Filantrópicos	Orçamento global
	Incentivo Hospital Universitário Federal	Orçamento global
	Incentivo HPP	Orçamento global
	Incentivo IAEPI	Orçamento global
	Incentivo INTEGRASUS	Orçamento global
	Incentivo Leitos Saúde Mental – SHR	Diárias
	Incentivo Porta Entrada Hospital Especializado	Orçamento global
	Incentivo Porta Entrada Hospital Geral	Orçamento global
	Incentivo Residência Médica	Orçamento global
	Incentivo Residência Terapêutica – SRT	Orçamento global
	Incentivo Sala de Estabilização	Orçamento global
	Incentivo SAMU	Orçamento global
	Incentivo SAMU – Qualificação	Orçamento global
	Incentivo Saúde Bucal – LRPD	Não especificado
	Incentivo Saúde da Pessoa com Deficiência	Orçamento global
	Incentivo Saúde Mental	Orçamento global
	Incentivo Unidade de Acolhimento	Orçamento global
	Incentivo UPA	Orçamento global
	Incentivo UPA – Qualificação	Orçamento global
	Leito canguru	Diárias
	Leito de gestante	Diárias
	Medicamentos	Orçamento global
	Não especificado	Não especificado
	Novos exames pré-natal	Não especificado
	Oncologia	<i>Bundle</i>
	Redes temáticas	<i>Bundle</i>
	Saúde auditiva	<i>Bundle</i>
	Serviço de triagem neonatal	Não especificado
	Tabela de procedimentos	Não especificado
Traumato-ortopedia	<i>Bundle</i>	
U AVC	Diárias	
UCI	Diárias	
UCO	Diárias	
UTI	Diárias	
Componentes vinculados à produção	Procedimentos	Pagamento por procedimento

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 1. Percentual das categorias por modalidade de pagamento da APS.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2. Percentual das categorias por modalidade de pagamento da MAC.

Tabela 1. Repasse federal por modalidade de pagamento à Atenção Primária à Saúde com inclusão de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia (COVID-19), ano 2020

Modelo de pagamento	Valor pago	Participação
Capitação	R\$ 11.622.484.688,90	53,6%
Orçamento global	R\$ 7.997.905.599,53	36,9%
Pagamento por desempenho	R\$ 1.780.040.576,70	8,2%
Pagamento por procedimento	R\$ 274.704.100,17	1,3%
Orçamento de item de produção	R\$ 8.369.200,00	0,0%
Total	R\$ 21.683.504.165,30	100,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Repasse federal por modalidade de pagamento à Atenção Primária à Saúde sem inclusão de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia (COVID-19), ano 2020

Modelo de pagamento	Valor pago	Participação
Capitação	R\$ 11.609.524.248,90	55,5%
Orçamento global	R\$ 7.228.220.599,53	34,6%
Pagamento por desempenho	R\$ 1.780.040.576,70	8,5%
Pagamento por procedimento	R\$ 274.704.100,17	1,3%
Orçamento de item de produção	R\$ 8.369.200,00	0,0%
Total	R\$ 20.900.858.725,30	100,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3. Repasse federal por modelo de pagamento à Média e Alta Complexidade, ano 2019

Modelo de pagamento	Valor pago	Participação
Pagamento por procedimento	R\$ 35.244.633.672,35	72,7%
Orçamento global	R\$ 8.789.589.780,45	18,1%
Diárias	R\$ 3.064.448.849,96	6,3%
Não especificado	R\$ 703.510.663,38	1,5%
Bundle	R\$ 695.952.893,08	1,4%
Total	R\$ 48.498.135.859,22	100,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A participação de cada tipo de financiamento no valor total de produção aprovada na atenção especializada, por nível ambulatorial e hospitalar, também foi avaliada (Tabela 5). A partir do levantamento das proporções de produção realizados por meio do SIA/SUS e SIH/SUS, foi verificado que, em 2019, a atenção ambulatorial especializada foi responsável por 75,42% dos atendimentos realizados na modalidade FAEC, enquanto os procedimentos registrados durante internação hospitalar nessa modalidade foram responsáveis por 24,58% da frequência aprovada. Para o componente MAC, essa proporção foi de 53,72% para o nível ambulatorial e de 46,28% para o nível hospitalar. Em 2020, a proporção encontrada nos procedimentos FAEC aumentou para 81,12% em nível ambulatorial, reduzindo o nível hospitalar para 18,88%, enquanto essa distribuição para MAC foi invertida para 47,15% e 52,85%, respectivamente, para os níveis ambulatorial e hospitalar

(Tabela 5). Os valores apurados em 2019 permitiram identificar R\$ 21,4 bilhões em produção ambulatorial especializada aprovada e R\$ 15,9 bilhões para atenção hospitalar. Em 2020, esses valores oscilaram para R\$ 18 e R\$ 16,4 bilhões, respectivamente (Tabela 6).

A partir da distribuição percentual de atenção especializada entre os níveis ambulatorial e hospitalar (Tabela 5) obtida dos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, a proporção de produção de 56,8% e 43,2% para esses dois níveis, respectivamente, foi aplicada para estimar um detalhamento dos repasses financeiros dos componentes FAEC e Teto financeiro MAC. No presente estudo, foram estimados R\$ 27,5 bilhões para o nível ambulatorial e R\$ 21 bilhões para o nível hospitalar em 2019. Para 2020, esses valores foram estimados em R\$ 25,5 bilhões e R\$ 23,7 bilhões para cada nível de atenção, respectivamente. Detalhando-se os pagamentos por procedimento como

Tabela 4. Repasse federal por modelo de pagamento à Média e Alta Complexidade, ano 2020

Modelo de pagamento	Valor pago	Participação
Pagamento por procedimento	R\$ 35.011.606.143,71	71,1%
Orçamento global	R\$ 9.462.165.736,81	19,2%
Diárias	R\$ 3.325.957.593,20	6,8%
Não especificado	R\$ 719.758.974,55	1,5%
Bundle	R\$ 694.478.828,56	1,4%
Total	R\$ 49.213.967.276,83	100,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 5. Percentuais dos valores aprovados por tipo de financiamento segundo dados do SIA/SUS e SIH/SUS

Financiamento	2019 (SIA)	2019 (SIH)	2020 (SIA)	2020 (SIH)
Atenção Básica (PAB)	-	-	-	-
Assistência Farmacêutica (AF)	100,00%	-	100,00%	-
Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)	75,42%	24,58%	81,12%	18,88%
Incentivo – MAC	100,00%	-	100,00%	-
Média e Alta Complexidade (MAC)	53,72%	46,28%	47,15%	52,85%
Vigilância em Saúde	100,00%	-	100,00%	-

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 6. Valores aprovados por tipo de financiamento segundo dados do SIA/SUS e SIH/SUS

Financiamento	2019 (SIA)	2019 (SIH)	2020 (SIA)	2020 (SIH)
Atenção Básica (PAB)	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Assistência Farmacêutica (AF)	R\$ 483.702.814,44	R\$ 0,00	R\$ 345.366.504,88	R\$ 0,00
Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)	R\$ 3.942.459.774,25	R\$ 1.284.804.855,10	R\$ 3.820.339.250,92	R\$ 889.182.328,03
Incentivo – MAC	R\$ 833.652,84	R\$ 0,00	R\$ 470.316,48	R\$ 0,00
Média e Alta Complexidade (MAC)	R\$ 16.952.046.892,98	R\$ 14.606.785.328,86	R\$ 13.797.078.126,70	R\$ 15.463.193.827,16
Vigilância em Saúde	R\$ 24.225.013,59	R\$ 0,00	R\$ 17.921.582,95	R\$ 0,00
Total	R\$ 21.403.268.148,10	R\$ 15.891.590.183,96	R\$ 17.981.175.781,93	R\$ 16.352.376.155,19

Fonte: Elaborada pelos autores.

principal modelo observado, R\$ 20 bilhões são atribuíveis a atendimentos ambulatoriais, enquanto R\$ 15,2 bilhões referem-se potencialmente a repasses relativos a registros de atendimentos hospitalares no ano de 2019.

Em 2020, foi observada uma aproximação na proporção entre SIA/SUS e SIH/SUS, com participações de 51,8% e 48,2%, respectivamente, em relação ao total de R\$ 49,2 bilhões apurados dos registros de atendimento especializado. Essa proporção compreende R\$ 18,2 e R\$ 16,9 bilhões, quando observados somente os repasses de pagamento por procedimento.

Discussão

O mapeamento qualitativo de modelos de pagamento para repasses federais visando à aplicação de recursos para a saúde permitiu apresentar um panorama amplo dos esquemas de financiamento empregados no SUS. O levantamento realizado para a atenção primária e a atenção especializada oferecem uma compreensão detalhada de quais resultados são possíveis de acordo com a categoria em que cada repasse é efetuado. Conforme esperado, as classificações mais frequentes são relacionadas a modelos de orçamentação global e pagamento por procedimento.

A reflexão sobre essas escolhas é necessária, visto que há um crescente movimento global para a incorporação de métodos de pagamentos que gerem indicadores de resultado para garantir a efetividade dos serviços prestados. Da mesma forma, também não é definido um tipo de pagamento ideal, podendo ser mistos ou complementares, de tal modo que se consiga ter aumento dos resultados da qualidade na atenção à saúde diante das necessidades vigentes no período de referência (Brasil, 2019). Portanto, a combinação de orçamentação global e pagamento por procedimento com outros modelos pode ampliar o acesso e a qualidade do acesso ao sistema de saúde.

No detalhamento por nível de cuidado à saúde, primeiramente na atenção primária, os resultados demonstraram uma lógica de pagamento mista, combinando-se capitação com orçamentação global para ações temáticas e estratégicas, além do componente de desempenho. Tendo em vista que esse arranjo foi lançado em 2020, é provável que os valores apresentados sofram variações nos próximos anos. Esse movimento pode ocorrer devido à mudança do critério de capitação, já presente em anos anteriores, mas que considerava somente o repasse de valor *per capita* e a cobertura de equipes da estratégia saúde da família. A partir de 2020, o critério passou a adotar a quantidade de pessoas cadastradas no território, ou seja, com um indicador de efetividade mais condizente com o resultado em saúde esperado.

O segundo fator que tende a gerar modificações na distribuição de repasse conforme os modelos apresentados é a introdução da lógica de desempenho de forma mais

objetiva, que para o ano analisado considera: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, cobertura de exame citopatológico, cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. A transição da lógica de financiamento e a necessidade de adaptação de serviços e profissionais envolvidos podem ter contribuído para a participação ainda discreta do componente de desempenho em relação à composição total (Brasil, 2019).

A seleção de um conjunto de indicadores mais sintético certamente amplia a capacidade de monitoramento de resultados dos incentivos gerados na APS. Anteriormente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), composto por mais de 40 indicadores, figurava com componente de desempenho na APS. Estudos relatam que pode ser mais difícil assegurar o conjunto de ações que são incentivadas nesses casos (Kovacs *et al.*, 2020).

A avaliação da atenção primária sem inclusão de créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia (COVID-19) demonstrou que a redução da participação do repasse por orçamentação global pode ser atribuída ao fato de os repasses para ações de combate à pandemia constarem principalmente nessa modalidade. Dada a necessidade emergencial de transferência de recursos, juntamente com o curto prazo disponível entre o planejamento e a execução das ações, esse modelo pode ser considerado adequado para atender ao contexto de atuação imediata. A dificuldade em estabelecer um volume mais assertivo de demanda para produção de serviços por ausência de uma série histórica confiável também é um aspecto que fragiliza a proposição de uma associação mais elaborada entre as opções de repasse.

A análise de proporção da produção apresentada em relação a procedimentos na atenção especializada possibilitou avaliar a participação dos registros vinculados ao FAEC. Essa avaliação demonstrou que o registro de atendimentos nessa modalidade é predominante em nível ambulatorial. Em relação à composição da produção informada dentro do Teto Financeiro MAC, é possível verificar um maior equilíbrio entre os níveis ambulatorial e hospitalar.

Possivelmente, a alocação de procedimentos de alta complexidade por meio do FAEC para atendimento ambulatorial tem sido ocasionada em ações de saúde consideradas estratégicas. O caráter pós-fixado dessa categoria favorece a pactuação de metas preestabelecidas. Cabe ressaltar que está havendo gradativa incorporação do financiamento de média e alta complexidade do FAEC para o Teto MAC nos últimos anos (Brasil, 2017). Esse tipo de transferência é usual para eventos menos frequentes na população (Andrade *et al.*, 2018).

Com relação aos valores da produção extraídos dos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar, organizados por tipo de financiamento, foi possível verificar a proximidade desses dados com aqueles encontrados a partir da metodologia *System of Health Accounts* (SHA), recomendada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Nas “Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional” (2018), os valores correntes encontrados para o ano de 2014 demonstraram uma despesa federal de R\$ 16,8 bilhões com internações e de R\$ 15,1 bilhões com atenção ambulatorial especializada (Brasil, 2018).

Na análise realizada para a atenção especializada, a predominância da modalidade pagamento por procedimento pode ser encarada com uma perda potencial de qualidade e resultados de saúde. Os sistemas de pagamento baseados em volume de produção penalizam os prestadores que operam com mais qualidade, já que manter as pessoas saudáveis, perda de qualidade do serviço e evitar os serviços desnecessários não entram na lógica de volume de produção (NRHI Healthcare Payment Reform Summit, 2008; Mendes, 2011). Há uma tendência de mudança nos esquemas de pagamento em diversos países, com ampliação do foco em saúde baseada em valor, combinando a experiência do paciente, desfechos clinicamente relevantes e custos sustentáveis em todo o ciclo de cuidado (Timpka *et al.*, 2018). As recomendações direcionam para um sistema de pagamento por episódio de atenção para os eventos agudos de maior gravidade e a orçamentação global ajustada por riscos ou capitação por condições de saúde específicas para as doenças crônicas. Esse desenho visa ao fortalecimento da APS (NRHI Healthcare Payment Reform Summit, 2008; Mendes, 2011).

Dessa forma, a produtividade, o acesso e a qualidade do serviço de saúde são fatores que se relacionam diretamente com os modelos de pagamentos e, portanto, em certa medida, o sistema de saúde terá seu resultado condicionado aos métodos de pagamentos adotados (Girardi *et al.*, 2007). A utilização eficiente dos mecanismos de pagamento possibilita o alcance das metas definidas pelo sistema de saúde, devendo ser revisitadas e, caso necessário, realizada nova configuração das formas de pagamento, mediante alterações das metas e adaptação dos provedores (Cashin, 2015).

Entre as limitações encontradas, observou-se que os registros dos sistemas de informação, especialmente ambulatorial, sofreram oscilações consideráveis no período analisado, de forma que os dados extraídos podem não captar uma parcela da produção real. Além disso, a apresentação de produção pelos estabelecimentos é conhecidamente subestimada, podendo gerar alterações no cenário estimado. As classificações dos componentes de financiamento de acordo com os modelos de pagamento possuem certo grau de escolha pelos pesquisadores, devido ao complexo arranjo de normativos.

Conclusão

A contribuição dos nossos achados em relação aos modelos de pagamentos adotados nos repasses da União para os estados, Distrito Federal e municípios traz uma perspectiva panorâmica sobre a forma como ocorre a aplicação de recursos para ações e serviços públicos de saúde, para além dos aspectos macroeconômicos. A abordagem voltada à análise sobre a distribuição de recursos traz uma reflexão relevante sobre a melhoria no uso de recursos em um contexto de necessidade de ampliação de financiamento, porém também oportuno para aumentar a capacidade do sistema de saúde de gerar resultados melhores com o recurso disponível.

A escolha de esquemas de pagamento influencia diretamente a qualidade, o acesso e a produtividade das redes de atenção à saúde.

De forma geral, os modelos de pagamento mapeados no SUS se concentram, em relação a valores e em instrumentos mais tradicionais de alocação de recursos: o orçamento global, o pagamento por procedimento e a capitação. Todavia, como apontado neste estudo, há um esforço para a combinação desses modelos de pagamento com outros que premiem a qualidade e o desempenho e compartilhem o risco na provisão de saúde (pagamento por desempenho e *bundle*), aproximando-se da realidade de outros sistemas universais de saúde.

Cabe ressaltar que este estudo foi inédito na classificação abrangente dos repasses da União aos outros entes federativos para o financiamento do SUS, de acordo com os modelos de pagamento, bem como na mensuração da participação de cada um no que tange aos recursos federais destinados ao cuidado. Como perspectiva, o mapeamento dos recursos aplicados pelos demais entes federativos, a avaliação de impacto desses mecanismos nos pontos de atenção à saúde e a análise de ações além daquelas abordadas, podem elucidar as necessidades de ajustes na ótica da gestão. Esse avanço certamente contribuirá para as discussões de eficiência na saúde pública, apresentando a estrutura do financiamento da saúde e suas proporções financeiras, de forma que sirva como critério a ser considerado na definição de políticas e ações que envolvam o sistema de financiamento.

Agradecimentos

À equipe da Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária, vinculada ao Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, pelo apoio na elaboração do artigo.

Referências bibliográficas

Andrade MV, Noronha K, Sá EB, Piola S, Vieira FS, Vieira RS, et al. Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. In: De Negri JA, Araújo BC, Bacelette R, orgs. Desafios da Nação: artigos de apoio. Brasília: IPEA; 2018. v. 2, p. 357-414.

- Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2018. Available from: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2019/04/Enviando-PropostasdeReformasdoSUS.pdf>.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica 2021a. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relPagamentoIndex.xhtml>
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. 2021b. Available from: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 430, de 19 de março de 2020. Diário Oficial da União. 20 mar 2020a;Ed.55;Seção:1:150. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.742, de 13 de julho de 2020. Diário Oficial da União. 14 jul 2020b;Ed.133;Seção:1:287. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-13-de-julho-de-2020-266574834>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da União. 13 nov 2019; Ed.220;Seção:1:97. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2021c. Available from: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/pagamentodesempenho/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. SISMAC Sistema de Controle Financeiro da Média e Alta Complexidade. 2021d. Available from: <https://sismac.saude.gov.br/paginas/inicio.jsf>.
- Brasil. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html.
- Cashin C, editor. Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage. Washington, DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage; 2015. p. 1-59.
- Conrad DA. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Serv Res.* 2015;50(Suppl 2):2057-89.
- Cyclus J, Papanicolas I, Smith PC, editors. Health System Efficiency: How to make measurement matter for policy and management [Internet]. Health Policy Series, No. 46. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. p. 115-38.
- Girardi SN, Carvalho CL, Girardi LG. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. Organização Pan-Americana de Saúde, PWR-Brasil; 2007.
- Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LED, Santos CMJD, et al. New funding for a new Brazilian primary health care. *Cien Saude Colet.* 2020;25:136174.
- ICOS – Instituto Coalizão Saúde. Modelos de Pagamento Baseados em Valor. 2017. Available from: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf
- Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, et al. Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016;31:61-9.
- Kovacs RJ, Powell-Jackson T, Kristensen SR, Singh N, Borghi J. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):291.
- Matta GC, Pontes ALM. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Políticas Saúde a Organ e Operacionalização do Sist Único de Saúde. 2007:66-79.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- NRHI Healthcare Payment Reform Summit. From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs. Pittsburgh; 2008.
- Prada G. Value-based procurement: Canada's healthcare imperative. *Healthc Manag Forum.* 2016;29(4):162-4.
- Timpka T, Nyce JM, Amer-Wählin I. Value-Based Reimbursement in Collectively Financed Healthcare Requires Monitoring of Socioeconomic Patient Data to Maintain Equality in Service Provision. *J Gen Intern Med.* 2018;33:2240-3.
- Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(12):3437-45.