

Financiamento baseado em desempenho em países de renda baixa e média: Não seria tempo de repensar?

Tradução do artigo: *Performance-Based Financing in Low- and Middle-Income Countries: Isn't it time for a re-think?*, Publicado pelo *BMJ Global Health* 2018 vol. 3 no. 1. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000664.

Elisabeth Paul,^{1,2} Lucien Albert,³ Badibanga N'Sambuka Bisala,⁴ Oriane Bodson,² Emmanuel Bonnet,⁵ Paul Bossyns,⁶ Sandro Colombo,⁷ Vincent De Brouwere,⁸ Alexandre Dumont,⁹ Dieudonné Sèdjro Eclou,¹⁰ Karel Gyselinck,⁶ Fatoumata Hane,¹¹ Bruno Marchal,⁸ Remo Meloni,¹² Mathieu Noirhomme,¹³ Jean-Pierre Noterman,¹⁴ Gorik Ooms,¹⁵ Oumar Mallé Samb,¹⁶ Freddie Ssengooba,¹⁷ Laurence Touré,¹⁸ Anne-Marie Turcotte-Tremblay,¹⁹ Sara Van Belle,⁸ Philippe Vinard,²⁰ Valéry Ridde⁹

It has been translated by Fabiana da Cunha Saddi, João Paulo Marra Dantas e Renata Batista Lozano – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil. BMJ Publishing Group take no responsibility for the accuracy of the translation from the published English language original and are not liable for any errors that may occur.

Disclaimer : This web only file has been produced by the BMJ Publishing Group from an electronic file supplied by the authors and has not been edited for content. This material has been translated by Fabiana da Cunha Saddi, João Paulo Marra Dantas e Renata Batista Lozano – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil. BMJ Publishing Group take no responsibility for the accuracy of the translation from the published English language original and are not liable for any errors that may occur.

Aviso legal: Este arquivo exclusivo para internet foi produzido pelo BMJ Publishing Group com base em arquivo eletrônico fornecido pelos autores e não teve seu conteúdo editado. Este material foi traduzido por Fabiana da Cunha Saddi, João Paulo Marra Dantas e Renata Batista Lozano, da Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil. O BMJ Publishing Group não se responsabiliza pela exatidão da tradução do original em inglês publicado, nem por quaisquer erros que possam ocorrer.

RESUMO

Este artigo questiona a visão de que o financiamento baseado em desempenho (FBD) no setor de saúde compreende uma abordagem efetiva, eficiente e equitativa para aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde em países de renda baixa e média (PRBMs). O FBD foi concebido como uma abordagem aberta adaptada às necessidades específicas dos países, com potencial para promover reformas amplas em todo o sistema. No entanto, como ocorre com muitas estratégias e ferramentas, existe uma lacuna entre o que foi planejado e o que é realmente implementado. Este artigo argumenta que o FBD, tal como atualmente implementado em muitos contextos, não atende a suas promessas. Primeiro, desde o início da implementação do FBD nos PRBMs, considerações foram levantadas com base em evidências empíricas de diferentes contextos e disciplinas que indicavam riscos, custos e efeitos perversos. No entanto, a implementação do FBD foi apressada apesar de insuficientes evidências sobre sua efetividade. Segundo, verifica-se a falta de autoria ou propriedade nacional do FBD. Considerando as quantidades de tempo e dinheiro absorvidas por este programa e a falta de evidência sobre sua efetividade e eficiência, o FBD pode ser caracterizado como uma moda de agências doadoras de fundos. Em terceiro lugar, ao se apresentar como uma abordagem ampla que permite levar em conta todos os aspectos do sistema de saúde em qualquer contexto, o FBD monopoliza a atenção

e focaliza o diálogo político sobre os resultados a curto prazo dos programas de FBD, ao mesmo tempo em que desvia atenção e recursos de processos mais amplos de mudanças e de reformas necessárias. Muita pouca atenção é dada a efeitos sistêmicos amplos e de longo prazo, de modo que o FBD pode realmente prejudicar os serviços e sistemas de saúde. Este artigo termina propondo pontos-chaves para abordagens alternativas.

Questões-chaves

O que sabemos sobre esse tópico?

- As evidências sobre a efetividade do financiamento baseado em desempenho (FBD) são mistas, e não há evidências sobre sua eficiência e equidade.
- Evidências empíricas de diferentes contextos e disciplinas apontam para riscos, custos e efeitos perversos do FBD em PRBMs.
- Apesar da insuficiência de evidências em apoio ao FBD, este mostra-se cada vez mais promovido por doadores de fundos e implementado.

Quais são as novas descobertas?

- Consultores e agências internacionais cada vez mais desempenham um papel de corretor na disseminação do FBD, em detrimento da iniciativa e propriedade nacionais.
- Com base na nossa experiência de campo em amplo leque de países, observamos que a maneira como o FBD é realmente implementado em PRBMs afasta-se consideravelmente de uma abordagem ampla e aberta.
- Muita pouca atenção é dada a efeitos sistêmicos e de longo prazo, de modo que o FBD pode realmente danificar serviços e sistemas de saúde.

Recomendações para política

- Somos a favor de abandonar o regime indiscriminado de disseminação de um modelo dominante de FBD como implementado até agora.
- Tempo, atenção e recursos devem ser dedicados para fortalecer componentes-chaves do sistema de saúde que contribuam para o bom desempenho do sistema.

Introdução

Dez anos após o lançamento do Fundo Fiduciário para Inovação dos Resultados na Saúde (HRITF), que visa promover o financiamento baseado em desempenho (FBD) no setor de saúde em países de renda baixa e média (PRBMs), e 6 anos após a publicação do artigo "Financiamento baseado em desempenho: apenas uma moda do doador ou um catalisador para uma reforma integral dos cuidados de saúde?", (1) em que os autores argumentam que "o pagamento baseado em desempenho pode catalisar reformas abrangentes e ajudar a resolver problemas estruturais dos serviços de saúde pública [... e isso] pode contribuir para transformar profundamente os setores públicos dos países de baixa renda", pensamos que é tempo de questionar a visão

dominante de que o FBD é uma abordagem efetiva, eficiente e equitativa para aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde.

O FBD foi conceituado por seus propagadores - quase todos europeus ou americanos - como uma abordagem que permite a reforma do sistema de saúde em países onde reformas pretéritas presumivelmente falharam. (1-3) No entanto, pode-se questionar, em primeiro lugar, se outras reformas amplas em todo o sistema, como a descentralização ambiciosa ou reformas dos recursos humanos: (1) se realmente falharam; (2) se alguma vez receberam apoio financeiro suficiente ao longo dos anos; e (3) se efetivamente forneceram fundos adequados para o nível operacional - o que poderia ser realmente o problema crítico a ser resolvido. De fato, por exemplo, o estudo randomizado controlado de FBD nos Camarões mostrou que, para a maioria dos resultados positivos, não houve diferença estatisticamente significativa entre as unidades de saúde com o pacote FBD padrão e um grupo de controle recebendo todos os elementos do FBD, com exceção da relação direta que existe entre desempenho das instalações individuais e financiamento adicional. (4)

O FBD foi concebido como uma abordagem aberta adaptada às necessidades específicas do país, mesmo em contextos frágeis; é "uma ferramenta para ajudar a criar serviços de saúde melhores, mais inclusivos e mais acessíveis" (2) e uma "abordagem de reforma de sistemas, que oferece uma resposta para o 'modo' de alcançar a Cobertura de Saúde Universal e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável". (3) Em teoria, a abordagem tem o potencial de promover reformas amplas em todo o sistema em relação aos recursos humanos (incremento da motivação), gestão financeira (autonomia das estruturas de saúde, ferramentas de gerenciamento), informações de saúde e outros aspectos de governança.(1-3) No entanto, mesmo em muitas políticas, estratégias e ferramentas, existe uma lacuna entre o que foi planejado e o que é realmente implementado. (5) De fato, argumentamos que o FBD, tal como está atualmente implementado em muitos contextos - no âmbito da abordagem dominante, insustentável, financiada por doadores de fundos e orientada pelas abordagens desses doadores - não satisfaz as promessas e realmente podem danificar serviços e sistemas de saúde.

Neste artigo de análise, apresentamos uma perspectiva crítica sobre como o FBD encontra-se efetivamente implementado. Os co-autores do artigo são pesquisadores, acadêmicos e especialistas em saúde pública da Europa, América do Norte e África. Eles trabalham com governos receptores, em centros de pesquisa e em organizações de doadores de fundos, ou como especialistas individuais. Todos nós compartilhamos

conhecimentos e experiências sólidas de campo e estamos preocupados com o que temos observado durante a implementação dos programas de FBD. Na verdade, há evidências de que o modelo ideal de promoção de reforma aberto ou aberto às reformas é muitas vezes implementado com base em um esquema diretor (*blueprint*) rígido ou num modelo de "viagem". (6) Financiada principalmente pelos apoiadores, a implementação é frequentemente dissociada das instituições existentes do sistema de saúde e não promove reformas efetivas amplas nos sistemas. (7-9) Argumentamos que a implementação do FBD foi apressada apesar da insuficiência de evidências sobre sua efetividade, que existe uma falta de apropriação do FBD no nível doméstico e que pouca atenção é dada aos efeitos sistêmicos mais amplos de médio e longo prazo. Terminamos propondo pontos-chaves para abordagens alternativas.

A implementação do FBD foi prematura

O FBD, como atualmente promovido em PRBMs pelo HRITF e outros apoiadores, foi projetado principalmente por acadêmicos e profissionais de países mais ricos como uma abordagem inovadora para melhorar o desempenho do setor de saúde, e sem levar em conta o acúmulo de experiências ganhas com práticas similares em países de renda alta. Este fato suscita preocupações, porque programas de FBD não têm sido particularmente populares em países mais ricos. (10) A evidência em relação à sua efetividade é mista e sua eficiência não pode ser demonstrada com credibilidade. (11-17) Deve-se ter especial cuidado ao se introduzir uma reforma em um sistema tão complexo como o setor de saúde, (18) e ao se atuar sobre algo tão multidimensional e em mudança como é a motivação do ator, (19-20) que pode levar a consequências imprevistas (ou negativas) a longo prazo. Os efeitos perversos são bem conhecidos pela literatura de economia e gestão, incluindo jogos, seleção adversa, visão do túnel, distorção, exclusão da motivação intrínseca e do profissionalismo. (19-24)

Desde o início da implementação de FBDs em PRBMs, preocupações foram levantadas com base em evidências empíricas de diferentes contextos e disciplinas que indicaram riscos, custos e efeitos perversos. (25-27) Apresentada como bandeira emblemática dos promotores do FBD, a história de sucesso de Ruanda foi questionada no início. (28-29) Quase uma década depois, a evidência ainda é escassa e mista:

- A questão ainda não foi decidida sobre o fato de que existem evidências credíveis e reproduzíveis de que o FBD é efetivo. (30) Uma revisão recente da Cochrane concluiu

que "os efeitos dos incentivos do provedor são incertos (evidência de baixa certeza), incluindo [...] os efeitos de pagamento por desempenho no desempenho do provedor, a utilização de serviços, resultados de pacientes ou uso de recursos em países de baixa renda ". (31)

- O FBD demonstrou ser caro. Na Tanzânia, o custo econômico do FBD foi o dobro do custo financeiro; em contexto de baixa renda, os custos de gerenciamento do programa e de geração e verificação de dados de desempenho foram substanciais. (32) No modelo do FBD promovido pelo Banco Mundial no Benin, para cada US\$ 1 pago aos provedores, cerca de US \$ 0,50 são utilizados para verificação, dos quais 39% vão para a agência de implementação e 61% para as organizações comunitárias encarregadas da verificação comunitária. Isso inclui apenas os custos financeiros - por exemplo, transações financeiras que resultam das atividades de verificação introduzidas pelo FBD - e não inclui custos econômicos, como o tempo gasto pelas equipes de gerenciamento de saúde do distrito e a equipe de implementação da agência na verificação, nem os custos de capital. (33) Em Burkina Faso, no período 2014-2015, os custos operacionais (no amplo sentido) totalizaram 30% do custo total do FBD. (34) No entanto, não há evidências de que o FBD seja eficiente. (35)
- Em Ruanda, o FBD provou não ser equitativo. (36)
- Distorções e efeitos perversos preditos por vários autores (10, 26, 37, 38) emergiram dadas as condições do campo. Trata-se da indução da oferta excedente de serviços desnecessários, de jogos e manipulação de dados (inclusive da parte dos controladores), da seleção de cestas de serviços comprados por agências de FBD, da dissimulação dos estoques de medicamentos essenciais, do respeito às normas apenas durante as supervisões de FBD, da indução da sobrecarga de trabalho, da incerteza e penalização indevida de certos profissionais de saúde, gerando insatisfação entre os profissionais de saúde. (8, 25, 29, 39-43)
- O suposto efeito motivacional do FBD sobre os profissionais de saúde pode ser revertido se eles o perceberem como injusto. (44, 45)
- As conseqüências dos esquemas de FBD mal projetados, bem como as de interrupção repentina de programas de FBD (como ocorreu em Benin, Chade e Mali, por exemplo), incluem efeitos negativos tanto na motivação quanto na prestação de serviços. (46, 47)

Em 2014, o Grupo de Avaliação Independente do Banco Mundial levantou uma bandeira vermelha. O Grupo descobriu que vários pilotos de FBDs falharam e que "as decisões foram tomadas para ampliar (*scale up*) o programa, independentemente dos resultados fracos, inconclusivos ou incompletos". O grupo ainda afirmou que o Banco Mundial havia apoiado o FBD com evidências insuficientes sobre a efetividade da abordagem. (48) No entanto, os doadores de fundos intensificaram o apoio ao FBD entre 2007 e junho de 2016, e o HRITF desembolsou US \$ 281,7 milhões, dos quais 68% foram desembolsados nos últimos 3 anos, quando a maioria dos programas de FBD financiados pela HRITF foi iniciada ([https:// www. Rbfhealth. Org / mission](https://www.Rbfhealth.Org/mission)). O número de doadores bilaterais e multilaterais que financiam FBD aumentou nos últimos 3 anos. Em 2017, o Banco Mundial reconheceu que "é necessário mais pesquisa para avaliar a efetividade de esquemas [baseados no desempenho], e que seu impacto pode depender das condições existentes". (49)

FBD é uma solução orientada pelas agências provedoras de fundos

A abordagem FBD foi pioneira em contextos muito específicos (pós-conflito ou estados falidos: Camboja, Haiti, Ruanda, Burundi) por um círculo próximo de consultores e pesquisadores. De projetos piloto de pequena escala, o FBD foi ampliado em primeiro lugar no contexto atípico de Ruanda. Os primeiros resultados relatados sugeriram que o programa foi bem sucedido, (50) embora essa conclusão tenha sido posteriormente questionada, tanto em relação a efetividade (51) quanto à equidade (36). A partir daí, o FBD foi rapidamente e amplamente divulgado com intenso apoio de agências doadoras ou provedoras de fundos. Até agora o HRITF apoiou 35 programas de FBD em 29 países ([https:// www. rbfhealth. org / mission](https://www.rbfhealth.org/mission)). Em contraste, com a exceção de Burundi e Ruanda, os países beneficiários dificilmente dedicam quaisquer fundos domésticos ao FBD.

O FBD não se desenvolveu como estratégia doméstica em nenhum PRBM. Todos os programas de FBD foram iniciados e desenvolvidos com o apoio de agências doadoras de fundos. Tendo vista o fato de que o FBD não se mostra como de propriedade nacional, as quantidades de tempo e dinheiro que agora absorve e a falta de evidência sobre sua efetividade e eficiência, o FBD pode ser caracterizado como um modismo proveniente de agências provedoras de fundos. Embora algumas modas acabem revelando inovações duradouras, a moda prototípica é extremamente popular, mas de

curta duração, abandonada e prontamente facilmente substituída por novos esquemas. (52)

Como explicar esse fenômeno de moda? A "agenda de gerenciamento baseada em resultados" é tentadora para as agências doadoras internacionais (53), especialmente em clima de recessão financeira global. Além disso, tal como foi observado com a divulgação da Nova Gestão Pública, "[uma] nova indústria familiar de consultores foi formada por esta estratégia orientada para os resultados [...]. (54) De fato, consultores e agências internacionais desempenham cada vez mais um papel de corretagem em governança global em saúde e, especialmente, na disseminação do FBD, à custa da iniciativa e propriedade nacionais em relação a estes programas. (55) Como Pavignani e colegas (56) apontaram, o FBD foi divulgado desde o início de forma "evangelística". Atualmente, duas redes estreitamente interligadas promovem o FBD: *SINA Health*, que organizou 62 cursos de FBD (<http://www.Sina-health.Com/>) e a Comunidade de Prática do FBD (CoP) (<http://www.Healthfinanciarica.org/>). Os conceitualizadores do FBD cooptaram e treinaram um número crescente de "campeões do FBD", que por sua vez foram enviados para países vizinhos para espalhar o FBD. Enquanto a CoP foi criada para encorajar o debate aberto, os interesses pessoais e institucionais subjacentes permitiram pouca controvérsia.

Como Barnes e colegas apontaram, o blog da RBF Health "está revelando o viés positivo atribuído às abordagens de desempenho para a reforma do sistema de saúde. Nenhuma das 38 entradas do blog publicadas a partir de julho de 2014 foi abertamente crítica ou específica sobre limitações potenciais do FBD. [...] os desafios foram pesados contra uma extensa lista de vantagens para o FBD em cada uma dessas entradas e, em alguns casos, histórias de sucessos dos países emblemáticos do FBD [...]. Tal viés positivo não é surpreendente, dada a quantidade de dinheiro que o Banco Mundial investiu nesses programas como badeira emblemática da sua seção de Saúde, Nutrição e População e de alguns ganhos positivos decorrentes do projeto. No entanto, o uso de blogueiros simpatizantes com o FBD - de ONGs parceiras como a Cordaid, consultores do Banco Mundial e representantes de ministérios de saúde de país considerado como 'estória de sucesso' - e a falta de representação de algumas das limitações ou de potenciais alternativas ao FBD - e daqueles que são mais hesitantes em relação ao seu poder transformador - reforçam o viés positivo". (55)

O entusiasmo que emana da CoP não é apoiado por evidências sólidas de que o FBD é uma abordagem eficaz e eficiente, apesar do argumento circular de que sua adoção

pelos PRBMs é um indicador de seu sucesso. Muitos profissionais aparentemente apenas seguem o exemplo porque perderiam os complementos salariais ou as oportunidades de trabalho ou consultoria se não aderissem ao FBD. Este pode ser especialmente o caso dos pesquisadores africanos, que possuem menos oportunidades de fomento para pesquisas e tendem a depender de forma considerável de consultorias. (57) Ainda mais preocupante, esse é também o caso dos pesquisadores em geral: o viés de publicação e os conflitos de interesse parecem particularmente prevalentes em relação a este assunto. (7, 35) Vários co-autores deste artigo sofreram pressão moral e até ameaças por ousarem expressar preocupações sobre os programas de FBD nos países e / ou por tentarem descobrir o que realmente acontece durante a implementação do programa.

Em última análise, o dinheiro pode ser a força que impulsiona a adoção dos países receptores da agenda do FBD, mas os doadores também usam a pressão política e outros métodos (por exemplo, promessas de financiamento e viagens de estudo para países de "história de sucesso") para persuadir os países a "comprar" a ideia do FBD. (9, 55, 58, 59) Isso é especialmente perverso em contextos frágeis: "como observado no Haiti, a falta de evidências positivas não é suficiente para que uma autoridade enfraquecida [Ministério da Saúde] rejeite um enfoque fortemente defendido e generosamente financiado". (60)

O FBD pode realmente enfraquecer os sistemas de saúde

Com base na nossa experiência de campo em amplo leque de países, incluindo Benin, Burkina Faso, Camarões, República Democrática do Congo (RDC), Haiti, Mali, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Uganda e Zimbábwe, observamos que a forma como o FBD é realmente implementado sob a pressão do doador afasta-se marcadamente do ideal de uma abordagem aberta que permite reformas nos sistemas nos PRBMs. Parece que muitos países adotam FBD porque os doadores convenceram os "campeões de FBD" de "comprarem a idéia". Alguns campeões o fazem porque vêem benefícios diretos e pessoais na gestão da máquina do FBD. No Benim, por exemplo, o acrônimo *FBR* – sigla em francês para *FBD* - é popularmente conhecido como "*financements bien ramassés*" ("dinheiro fácil"). Os beneficiários não são informados e não entendem inteiramente como e por que obtêm certos bônus com o FBD. (42, 61) Como consequência, em muitos países, a apropriação do FBD é limitada a um círculo muito pequeno. (62) Isso significa, por exemplo, que os ministérios responsáveis pelas finanças e serviço público não se

encontram realmente envolvidos em seu desenho e avaliação e, conseqüentemente, não conseguem promover as reformas amplas necessárias, como o aumento da autonomia financeira para os distritos sanitários e estabelecimentos de saúde, que supostamente é um componente essencial do "pacote FBD". (63) Portanto, o FBD não está integrado nos processos rotineiros dos sistemas de saúde, mas está sujeito a missões de avaliação, orçamentos e ferramentas de coleta de dados separadas. (8, 9, 12)

Ao se apresentar como uma abordagem ampla que torna possível levar em conta todos os aspectos do sistema de saúde em qualquer contexto, o FBD monopoliza a atenção e foca o diálogo político sobre os resultados de curto prazo acarretados pelos programas de FBDs, enquanto desvia a atenção e recursos de processos mais amplos de mudança e de reformas necessárias. (53) Estes últimos incluem uma ampla gama de melhorias em relação a: condições de trabalho; gestão de recursos humanos (disparidades na distribuição de profissionais de saúde, qualidade da formação inicial e continuada, baixos salários e falta de *accountability*, uma infinidade de funcionários de saúde não treinados, como no caso da República Democrática do Congo) (64); transparência na utilização de recursos financeiros; qualidade do cuidado; integração de programas e seu acompanhamento e avaliação (65); prestação de contas; desempenho da gestão financeira pública; envolvimento das comunidades (por exemplo, comitês de saúde dos vilarejos, líderes tradicionais e outros membros da comunidade) na gestão da demanda e oferta de serviços de saúde (66); e assim por diante. Paradoxalmente, todos esses são determinantes estruturais do desempenho do próprio FBD. (9, 44, 66)

No todo, o FBD apresenta grandes custos de oportunidade: milhões de dólares foram gastos em mecanismos de gerenciamento e verificação complicados que não são à prova de fraudes, sem terem acarretado na produção de resultados positivos sustentados (embora alguns tenham sido observados) ou fortalecimento de sistemas de saúde de forma sustentável.

Quais são as alternativas?

Além das avaliações de impacto de países individuais (ver [https:// www. Rbfhealth. Org / impact](https://www.rbfhealth.org/impact)), o próprio HRITF está sendo avaliado e está previsto para término em 2022. O HRITF reconhece que, considerando a "nova evidência emergente das Avaliações de Impacto e de forte experiência de campo, [... é] um bom momento para se re-imaginar o FB[D] e prepará-lo para o futuro "([https:// www. rbfhealth. org /](https://www.rbfhealth.org/)

mission-history). Com base em nossa experiência de campo e evidências científicas, nos posicionamos a favor do abandono da disseminação indiscriminada de um modelo dominante de FBD na forma como tem sido implementado até agora, que não leva em consideração a complexidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em vez disso, tempo, atenção e recursos deveriam ser dedicados ao fortalecimento de componentes-chaves do sistema de saúde, a fim de possibilitar o bom funcionamento dos mesmos. Parafraseando Stephen Kidd sobre outra estratégia do Banco Mundial que está "prejudicando muitas das pessoas mais vulneráveis do mundo" (67): Não seria tempo de repensar? Nós, portanto, exortamos:

- *Países receptores*: (1) não acreditem cegamente que o FBD – ou qualquer novo rótulo que seja atribuído a ele - pode resolver problemas causados por fraquezas dos sistemas de saúde (veja Naudet para uma perspectiva histórica sobre isso) (68); (2) ousem falar sobre os problemas verificados na implementação do FBD e obriguem os doadores de fundos a prestarem conta sobre seus erros; e (3) antes de adotarem mecanismos mais elaborados, assegurem-se primeiramente de que o básico seja justo (veja abaixo).
- *Doadores de fundos bilaterais e multilaterais* que ainda não adotaram a abordagem FBD: (1) não sigam cegamente o líder do Banco Mundial e doadores de fundos de mentalidade semelhante na disseminação do modelo FBD dominante e (2) lembrem que "o verdadeiro motor de mudança virá de atores nacionais, tais como profissionais de saúde [e grupos comunitários] que reivindicam o direito à saúde e pressionam os governos a encontrarem mecanismos para alcançar esse objetivo. (69)
- *Países receptores e doadores de fundos*: dêem maior atenção a abordagens fundamentais, sistêmicas, sustentáveis e específicas do país para resolver problemas do sistema de saúde, tais como: condições de trabalho melhoradas (funcionamento da infra-estrutura e equipamentos, e assim por diante); reformas salariais (aumento dos salários para um nível decente alinhado com a posição ocupada) com recompensas equilibradas e estratégias de sanção (70); gestão de recursos humanos para reforçar a auto-estima dos profissionais de saúde; prêmios financeiros e respeito pelo trabalho em áreas remotas; fortalecimento de arenas de diálogo e apoio a iniciativas das comunidades (9); uso de informações de desempenho para tomada de decisão local (72); integração e fortalecimento de instituições de monitoramento e avaliação e de mecanismos relacionados (locais) de responsabilização (65); apoio para o empoderamento (9) do lado da demanda; redução de barreiras financeiras e não financeiras para a atenção à saúde (73); desenvolvimento de registros médicos

integrados; e reformas financeiras que busquem reduzir a fragmentação do financiamento entre os prestadores de serviços de saúde, integrar seus processos orçamentários, promover gerenciamento de caixa e de processos de relatórios financeiros, assegurar uma alocação justa de recursos e fornecer recursos suficientes - e suficientemente flexíveis – para o nível operacional.

- *Pesquisadores independentes* (Considerando-se que os programas de FBD possivelmente não serão finalizados de um dia para o outro): (1) continuem a estudar o que está acontecendo no campo, contribuindo para minimizar o risco de produção de resultados tendenciosos (74); e (2) se concentrem especialmente em como os atores interessados transformam o modelo na prática, como o FBD muda o comportamento deles, e no que se refere a seus efeitos complexos e de longo prazo sobre a motivação, incluindo os efeitos de sua interrupção após a retirada dos doadores de fundos.

Afiliação dos autores

1Tax Institute, Université de Liège, Liège, Belgium

2Faculty of Social Sciences, Université de Liège, Liège, Belgium

3International Health Unit, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

4Expert in district health systems based on primary healthcare, Groupe d'Appui à la Recherche et Enseignement en Santé Publique, Mbuji-Mayi, Democratic Republic of the Congo

5Résiliances, Research Institute for Development (IRD), Bondy, France

6Health Sector Thematic Unit, Belgian Development Agency (ENABEL), Brussels, Belgium

7Independent Consultant, Madrid, Spain

8Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine Antwerp, Antwerpen, Belgium

9CEPED, Research Institute for Development (IRD), Paris Descartes University, INSERM, Paris, France

10LADYD, Université d'Abomey-Calavi, Abomey-Calavi, Benin

11Department of Sociology, Université Assane Seck, Ziguinchor, Senegal

12Independent Consultant, Kigali, Rwanda

13Independent Consultant, Brussels, Belgium

14Independent Consultant, Bunia, Democratic Republic of the Congo

15Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

16Global Health, Department of Health Sciences, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Quebec City, Quebec, Canada

17Department of Health Policy, Planning and Management, Makerere University School of Public Health, Kampala, Uganda

18Anthropologist, Research Association Miseli, Bamako, Mali

19University of Montreal Public Health Research Institute, Montreal, Quebec, Canada

20Alter Santé Internationale, Montpellier, France

Reconhecimentos

Agradecemos a Donna Riley pela ajuda na edição, mais colegas anônimos que contribuíram com este artigo mas não se encontraram em posição para assinar por motivos privados ou institucionais

Contribuições

EP e VR tiveram a ideia inicial para este artigo. Eles escreveram o primeiro rascunho e todos os autores contribuíram para o desenvolvimento do manuscrito, comentando rascunhos e aprovando a versão final.

Financiamento

EP e OB são financiados pela subvenção da ARC para a *Concerted Research Actions* financiadas pela Comunidade Francesa da Bélgica (Federação Valónia-Bruxelas).

Retratações

As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente de suas respectivas instituições

Proveniência e revisão de pares

Commissioned, internamente revisado por pares

Conflito de interesses

Alguns autores foram incluídos nos programas do PBF como pesquisador e / ou consultor e / ou pessoal de uma agência doadora.

Acesso livre

Este é um artigo de Acesso Aberto distribuído de acordo com a Licença Creative Commons de Atribuição Não Comercial (CC BY-NC 4.0), que permite que outros distribuam, remixem, adaptem, desenvolvam este trabalho de forma não comercial, e licenciar seus trabalhos derivados, desde que o trabalho original seja devidamente citados e o uso não é comercial. Veja: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Tradutores: Fabiana da Cunha Saddi, João Paulo Marra Dantas e Renata Batista Lozano – Universidade Federal de Goiás, Brasil

References

1. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ*. 2011 Feb 1;89(2):153–6.
2. Fritsche, Gyuri B, Soeters R, Meessen B. Performance-Based Financing Toolkit [Internet]. The World Bank; 2014 [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/369941468325159289/pdf/854120PUB0978100Box382147B00PUBLIC0.pdf>
3. Soeters R. Performance-based financing in Action – Theory and Instruments – SINA-Health Course Guide with 17 modules. Eighth edition [Internet]. SINA-Health; 2017 [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://www.sina-health.com/wp-content/uploads/PBFCourseBookSINATheoryActionEngVF100817.pdf>
4. de Walque D, Robyn PJ, Saidou H, Sorgho G, Steenland M. Looking into the Performance-Based Financing Black Box: Evidence from an Impact Evaluation in the Health Sector in Cameroon [Internet]. Policy Research Working Paper 8162. Washington, DC: The World Bank; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1596/1813-9450-8162>
5. Pressman J, Wildavsky A. Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland (3rd Ed.). University of California Press. Berkeley, Los Angeles, London; 1984.
6. Olivier de Sardan J-P, Diarra A, Moha M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Res Policy Syst*. 2017 Jul 12;15(Suppl 1):60.
7. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda--an 'open-box' evaluation of a complex health system intervention. *Soc Sci Med* 1982. 2012 Jul;75(2):377–83.
8. Paul E, Sossouhounto N, Eclou DS. Local Stakeholders' Perceptions about the Introduction of Performance-Based Financing in Benin: A Case Study in Two Health Districts. *Int J Health Policy Manag*. 2014;3(4):207–14.

9. Paul E, Dramé ML, Kashala J-P, Ekambi Ndema A, Kounnou M, Aïssan JC, et al. Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin: challenging the mainstream approach. *Int J Health Policy Manag.* 2018;7(1):35–47.
10. Paul E, Renmans D. Performance-based financing in the health sector in low- and middle-income countries: Is there anything whereof it may be said, see, this is new? *Int J Health Plann Manage.* 2017 Apr 6;
11. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res.* 2010 Aug 23;10:247.
12. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schoffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care.* 2012 Dec;13(6):755–67.
13. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy Amst Neth.* 2013 May;110(2–3):115–30.
14. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet Lond Engl.* 2016 Jul 16;388(10041):268–74.
15. Doran T, Maurer KA, Ryan AM. Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. *Annu Rev Public Health.* 2017 Mar 20;38:449–65.
16. Forbes LJ, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2017 Nov;67(664):e775–84.
17. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2017 Mar 7;166(5):341–53.
18. de Savigny D, Adam T. Thinking for Health Systems Strengthening [Internet]. Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>
19. Adams O, Hicks V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for WHO's December 2000 Global Health Workforce Strategy Group. [Internet]. World Health Organization; 2000 [cited 2017 Nov 9]. Available from: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_3_02.pdf
20. Paul E, Robinson M. Performance Budgeting, Motivation and Incentives. In: *Performance Budgeting: Linking Funding and Results.* International Monetary Fund & Palgrave/McMillan. Basingstoke: Robinson, Marc; 2007. p. 330–75.
21. Frey BF, Jegen R. Motivation Crowding Theory. *J Econ Surv.* 2001;15:589–611.
22. Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res.* 2003 Apr;38(2):535–52.
23. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med.* 2006 Aug 15;145(4):265–72.
24. Sanderson AA. Pay-for-Performance Programs in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006 Oct 26;355(17):1832–3.

25. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *J Evid-Based Med.* 2009 Aug;2(3):184–95.
26. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bull World Health Organ.* 2011 Sep 1;89(9):695–8.
27. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries . *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;(2):CD007899.
28. Rusa L, Ngirabega J de D, Janssen W, Van Bastelaere S, Porignon D, Vandembulcke W. Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres: 3-year experience. *Trop Med Int Health TM IH.* 2009 Jul;14(7):830–7.
29. Kalk A, Paul FA, Grabosch E. ‘Paying for performance’ in Rwanda: does it pay off? *Trop Med Int Health TM IH.* 2010 Feb;15(2):182–90.
30. Das A, Gopalan SS, Chandramohan D. Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health.* 2016 Apr 14;16:321.
31. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N, et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 11;9:CD011084.
32. Borghi J, Little R, Binyaruka P, Patouillard E, Kuwawenaruwa A. In Tanzania, the many costs of pay-for-performance leave open to debate whether the strategy is cost-effective. *Health Aff Proj Hope.* 2015 Mar;34(3):406–14.
33. Antony M, Bertone MP, Barthes O. Exploring implementation practices in results-based financing: the case of the verification in Benin. *BMC Health Serv Res.* 2017 Mar 14;17(1):204.
34. Nonkani G, Bakyono R, Tapsoba B. Results-Based Financing (RBF) in the Health Sector in Burkina Faso: Implementation and Expenditure Patterns (January 2014 to December 2015). 2016.
35. Turcotte-Tremblay A-M, Spagnolo J, De Allegri M, Ridde V. Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Econ Rev.* 2016 Dec;6(1):30.
36. Lannes L, Meessen B, Soucat A, Basinga P. Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *Int J Health Plann Manage.* 2016 Jul;31(3):309–48.
37. Kalk A. The costs of performance-based financing. *Bull World Health Organ.* 2011 May 1;89(5):319.
38. Miller G, Babiarz KS. Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. NBER Working Paper No. 18932 [Internet]. National Bureau of Economic Research; 2013 [cited 2017 Nov 9]. Available from: <http://www.nber.org/papers/w18932.pdf>
39. Mansourian H, Ousley J. Final Review – Report Result-Based Financing Pilot Project – District of Haut Katanga, Democratic Republic of Congo. International Rescue Committee; 2011.

40. Baird IG, Hammer P. Contracting Illness: Reassessing International Donor-Initiated Health Service Experiments in Cambodia's Indigenous Periphery. *South East Asia Res.* 2013 Sep 1;21(3):457–73.
41. Chimhutu V, Lindkvist I, Lange S. When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2014 Jan 18;14(1):23.
42. Ridde V, Yaogo M, Zongo S, Some P-A, Turcotte-Tremblay A-M. Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *Int J Health Plann Manage.* 2017 Jul 3;
43. Feldacker C, Bochner AF, Herman-Roloff A, Holec M, Murenje V, Stepaniak A, et al. Is it all about the money? A qualitative exploration of the effects of performance-based financial incentives on Zimbabwe's voluntary male medical circumcision program. *PloS One.* 2017;12(3):e0174047.
44. Mansourian H. Health Workers' Perspectives on the Influences of Results Based Financing Model on Health Worker Motivation and Performance in Katanga, D.R. Congo. Doctoral Project. Columbia University, Mailman School of Public Health; 2013.
45. Chimhutu V, Songstad NG, Tjomsland M, Mrisho M, Moland KM. The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: a qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Glob Health.* 2016 Nov 25;12(1):77.
46. Kandpal E. Completed Impact Evaluations and Emerging Lessons from the Health Results Innovation Trust Fund Learning Portfolio [Internet]. World Bank; 2017 [cited 2017 Nov 9]. Available from: https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/IE%20and%20emerging%20lessons_Eeshani%20Kandpal.pdf
47. Alonge O, Lin S, Igusa T, Peters DH. Improving health systems performance in low- and middle-income countries: a system dynamics model of the pay-for-performance initiative in Afghanistan. *Health Policy Plan.* 2017 Dec 1;32(10):1417–26.
48. Independent Evaluation Group (IEG). World Bank Group Support to Health Financing [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 7]. Available from: http://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/chapters/health_finance_evaluation_w_appendix_updated_0.pdf
49. World Bank. World Development Report 2017: Governance and the Law [Internet]. World Bank; [cited 2017 Nov 10]. Available from: <http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2017>
50. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat A, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet* [Internet]. 2011;377. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3)
51. Skiles MP, Curtis SL, Basinga P, Angeles G, Thirumurthy H. The effect of performance-based financing on illness, care-seeking and treatment among children: an impact evaluation in Rwanda. *BMC Health Serv Res.* 2015 Sep 14;15:375.
52. Best J. *Flavor of the Month: Why Smart People Fall for Fads.* University of California Press. Berkeley; 2006.
53. Valters C, Whitty B. The politics of the results agenda in DFID 1997-2017 [Internet]. Overseas Development Institute (ODI) Report; 2017 [cited 2017 Nov 7]. Available from: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/11730.pdf>

54. Morgan D, Robinson KS, Strachota D, Hough JA. *Budgeting for Local Governments and Communities*. Routledge. Milton Park; 2014.
55. Barnes A, Brown GW, Harman S. *Global Politics of Health Reform in Africa*. Palgrave Macmillan. Basingstoke; 2015.
56. Pavignani E, Michael M, Murru M, Beesley ME, Hill PS. Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies. *Int Rev Red Cross*. 2013;395(889):41–60.
57. Olivier de Sardan J-P. Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du lasdel (Niger-Bénin). *Cah D'études Afr*. 2011;202–203:511–28.
58. Barnes A, Brown GW, Harman S, Papamichail A, Banda P, Hayes R, et al. African participation and partnership in performance-based financing: A case study in global health policy. EQUINET Discussion Paper 102; 2014.
59. Chimhutu V, Tjomsland M, Songstad NG, Mrisho M, Moland KM. Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process. *Glob Health*. 2015 Sep 2;11:38.
60. Pavignani E, Colombo S. Strategizing in distressed health contexts. In: *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. World Health Organization (WHO). Schmets G, Rajan D, Kadandale S; 2016.
61. Renmans D, Holvoet N, Criel B. Combining Theory-Driven Evaluation and Causal Loop Diagramming for Opening the 'Black Box' of an Intervention in the Health Sector: A Case of Performance-Based Financing in Western Uganda. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Sep 3;14(9).
62. Gautier L, Ridde V. Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Glob Health Res Policy*. 2017 Aug 8;2(1):23.
63. Renmans D, Holvoet N, Orach CG, Criel B. Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2016 Nov;31(9):1297–309.
64. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014;29. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs138>
65. World Health Organization. *Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability*. World Health Organization (WHO) with the International Health Partnership and related initiatives (IHP+);
66. Mabuchi S, Sesan T, Bennett SC. Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan*. 2017 Oct 25;czx146-czx146.
67. Kidd S. *Anti-Social Registries: How have they become so popular?* [Internet]. PATHWAYS' PERSPECTIVES on social policy in international development Issue No 24; 2017 [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://www.developmentpathways.co.uk/resources/wp-content/uploads/2017/09/Anti-Social-Registries-FINAL.pdf>
68. Naudet J-D. *Trouver des problèmes aux solutions – Vingt ans d'aide au Sahel*. Organisation de Coopération et de Développement économiques. Paris; 1999.

69. Tichenor M, Sridhar D. Universal health coverage, health systems strengthening, and the World Bank. *BMJ*. 2017 Aug 31;358:j3347.
70. Zinnen V, Paul E, Mwisongo A, Nyato D, Robert A. Motivation of human resources for health: a case study at rural district level in Tanzania. *Int J Health Plann Manage*. 2012 Dec;27(4):327–47.
71. Belaid L, Dagenais C, Moha M, Ridde V. Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: a mixed-method study in Niger. *Hum Resour Health*. 2017 Sep 4;15(1):60.
72. Levesque J-F, Sutherland K. What role does performance information play in securing improvement in healthcare? a conceptual framework for levers of change. *BMJ Open*. 2017 Aug 28;7(8):e014825.
73. O’Connell TS, Bedford KJA, Thiede M, McIntyre D. Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level. *Int J Equity Health*. 2015 Jun 9;14:54.
74. Fretheim A, Witter S, Lindahl AK, Olsen IT. Performance-based financing in low- and middle-income countries: still more questions than answers. *Bull World Health Organ*. 2012 Aug 1;90(8):559–559A.