

Bonificação por desempenho em odontologia suplementar: análise observacional de indicadores assistenciais

Performance-Based Bonus Programs in Supplementary Dental Health Care: An Observational Analysis of Care Indicators

AUTORES

Rosane Menezes Faria Dutra¹

Priscila Moreno Peixoto¹

Jonathan Fernandes¹

Fabio Massaharu Nogi¹

¹ Unimed Odonto

CONTATO

Rosane Menezes Faria Dutra

rosane.dutra@unimedodonto.com.br

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

RESUMO

Objetivo: Analisar os resultados observados de um programa de bonificação por desempenho sobre indicadores de qualidade assistencial, satisfação dos beneficiários e desempenho profissional na saúde suplementar odontológica. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados institucionais de uma operadora de planos odontológicos, no período de 2022 a 2025. Foram comparados indicadores entre prestadores bonificados e a rede credenciada geral, incluindo glosa técnica, participação em processos de qualificação, ocorrência de eventos adversos, avaliações dos beneficiários e adesão à educação continuada.

Resultados: Os prestadores bonificados apresentaram melhor desempenho em indicadores de conformidade técnica, maior participação em ações de qualificação e menor custo médio por beneficiário atendido. Observou-se, ainda, tendência de redução no número médio de procedimentos por beneficiário ao longo do período analisado. **Conclusão:** O programa de bonificação por desempenho mostrou-se associado a diferenças favoráveis em alguns indicadores assistenciais e de eficiência; contudo, as limitações metodológicas do estudo não permitem estabelecer relações causais ou inferências conclusivas sobre todos os desfechos avaliados.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Qualidade da Assistência à Saúde; Satisfação do Paciente; Assistência Odontológica; Odontologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the results of a performance-based bonus program on indicators of quality of care, beneficiary satisfaction, and professional performance in supplementary dental health care.

Methods: This retrospective observational study adopted a quantitative approach based on institutional data from a dental insurance operator between 2022 and 2025. Indicators were compared between providers receiving performance bonuses and the overall accredited network, including technical denial rates, participation in qualification processes, occurrence of adverse events, beneficiary evaluations, and adherence to continuing education. As methodological criteria evolved throughout the analyzed period, direct temporal comparisons should be interpreted with caution.

Results: Providers receiving performance bonuses showed better performance in technical compliance indicators, greater participation in qualification activities, and lower average cost per treated beneficiary. A downward trend in the average number of procedures per beneficiary was also observed throughout the study period. **Conclusion:** The performance-based bonus program was associated with favorable performance in selected care quality and efficiency indicators. Nevertheless, given the observational design and methodological limitations of the study, the findings should be interpreted with caution, and no causal relationship can be established for all outcomes evaluated.

Keywords: Supplemental Health; Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Dental Care; Dentistry.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde têm buscado desenvolver modelos de gestão e remuneração capazes de alinhar incentivos financeiros à melhoria da qualidade assistencial e à sustentabilidade dos serviços. Nesse contexto, programas de bonificação por desempenho têm sido amplamente utilizados como instrumentos de indução de boas práticas clínicas, aprimoramento da experiência do paciente e maior eficiência na utilização de recursos. Esses modelos, frequentemente associados aos princípios de estratégias de Pay-for-Performance (P4P), buscam recompensar profissionais e instituições que atingem padrões superiores de qualidade e segurança assistencial.

No âmbito da saúde suplementar brasileira, as operadoras de planos odontológicos enfrentam o desafio de equilibrar expansão do acesso, controle de custos e manutenção da qualidade assistencial na rede credenciada. A adoção de mecanismos de incentivo baseados em desempenho surge como uma estratégia relevante para promover maior alinhamento entre os objetivos da operadora e as práticas clínicas dos prestadores de serviços. Ao estabelecer critérios objetivos de avaliação, tais programas estimulam o cumprimento de protocolos técnicos, a qualificação profissional contínua e o fortalecimento da cultura de qualidade assistencial.

Entre os instrumentos utilizados para esse propósito, destacam-se iniciativas que combinam indicadores assistenciais, administrativos e de experiência do paciente, incluindo aderência a protocolos clínicos, ausência de eventos adversos, conformidade nos processos de faturamento, avaliações positivas de beneficiários e participação em atividades de educação continuada. A aplicação desses critérios permite a construção de rankings de desempenho e a concessão de incentivos financeiros aos prestadores que apresentam melhores resultados.

Nesse contexto, a operadora estudada implementou uma campanha de bonificação por desempenho direcionada a dentistas credenciados, com o objetivo de reconhecer e premiar profissionais que se destacam em indicadores relacionados à qualidade assistencial, satisfação dos beneficiários e aprimoramento profissional. O programa estabelece critérios de elegibilidade e classificação baseados em indicadores mensuráveis de desempenho, buscando promover maior engajamento da rede prestadora em práticas assistenciais de excelência.

Diante da crescente relevância de modelos de incentivo na gestão da saúde suplementar, torna-se fundamental compreender resultados do desempenho dos

prestadores e os indicadores de qualidade assistencial. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar de forma inédita os resultados da campanha de bonificação da operadora estudada com base em dados institucionais referentes ao período de 2022 a 2025, investigando diferenças entre os prestadores participantes do programa e a rede credenciada em geral, bem como suas implicações para a qualidade dos serviços odontológicos e para o relacionamento entre operadora e prestadores.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa, baseado na análise de dados institucionais provenientes do sistema de gestão da rede credenciada de uma operadora de planos odontológicos. Foram analisados indicadores relacionados à campanha de bonificação por desempenho da operadora estudada no período de 2022 a 2025, considerando dois grupos de prestadores: a rede credenciada geral composta por aproximadamente 7.500 pontos de atendimento e os dentistas classificados como bonificados no programa. A amostra incluiu profissionais elegíveis conforme critérios previamente definidos pela operadora, tais como tempo mínimo de credenciamento, regularidade cadastral, ausência de reclamações relevantes e produção assistencial mínima. Os dados analisados compreenderam indicadores de qualidade assistencial, conformidade técnica e administrativa e experiência do beneficiário, incluindo glosa técnica, autoavaliação de qualidade assistencial, visitas de qualificação, ausência de eventos adversos, ausência de inconsistências em pagamento, avaliações positivas dos beneficiários e participação em cursos de educação continuada. Os critérios de elegibilidade definem os requisitos mínimos para participação, enquanto os critérios de classificação, divididos em dimensões I, II e III, possibilitam uma análise detalhada e estratificada dos participantes. A análise consistiu na comparação descritiva das médias e proporções desses indicadores entre os grupos ao longo do período estudado, com o objetivo de identificar padrões de desempenho e tendências associadas à participação no programa de bonificação. As alterações nos critérios de elegibilidade e classificação ao longo dos anos limitaram a comparabilidade temporal direta entre as campanhas analisadas. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados considerando as diferenças metodológicas existentes entre os ciclos avaliados. Essa foi uma limitação do desenho analítico e da comparabilidade histórica. Adicionalmente, ressalta-se que os resultados foram apresentados de forma agregada e anonimizada, não sendo incluídos os quantitativos absolutos de prestadores da rede geral e dos participantes bonificados em

cada ano analisado, com o objetivo de preservar a confidencialidade institucional e evitar a identificação indireta dos participantes do programa.

Da participação

Ao longo do período analisado, alguns critérios do programa passaram por revisões e aprimoramentos, com o objetivo de aperfeiçoar os mecanismos de avaliação e alinhá-los às melhores práticas de monitoramento da qualidade assistencial e desempenho profissional. Considerando essas atualizações metodológicas, optou-se por apresentar neste estudo os critérios de elegibilidade vigentes em 2025, uma vez que refletem a versão mais consolidada e consensual do modelo de avaliação adotado pela operadora. Assim, para ser considerado elegível ao programa de bonificação em 2025, o dentista prestador de serviços deveria atender aos seguintes requisitos:

- Estar ativo na base de credenciados.
- Tempo de Credenciamento: possuir pelo menos 12 meses de credenciamento contínuo.
- Especialidade: atender a pelo menos uma dessas especialidades: odontopediatria, prótese, cirurgia, periodontia ou endodontia. Vale como atendimento da especialidade a realização de procedimentos considerados críticos.
- Cadastro atualizado: estar com os dados cadastrais e contratuais atualizados junto à instituição (alvará de funcionamento, alvará de vigilância, CNES e qualquer documento de regularização anexo ao contrato entre as partes).
- Histórico Positivo: estar regular com ocorrências feitas pelos beneficiários por qualquer canal da operadora (central de atendimento, reclame aqui, ouvidoria, ANS, Procons e/ou esferas judiciais), que foram apuradas pela operadora como procedentes, nos últimos 11 (onze) meses (de janeiro a novembro do ano base).
- Produção Consistente: ter realizado atendimentos em pelo menos 6 dos 11 meses entre janeiro e novembro do ano vigente, ou seja, comprovar produção em 55% do período da campanha (de janeiro a novembro do ano base).
- Não apresentar pendências ou violações às regras e conceitos éticos da operadora durante todo o período da campanha.

Da Classificação

A classificação dos prestadores no programa de bonificação baseia-se em três dimensões centrais de avaliação: qualidade da assistência prestada, satisfação dos

beneficiários atendidos e compromisso com o aprimoramento profissional contínuo. Essas dimensões foram definidas com o objetivo de contemplar não apenas aspectos técnicos da prática assistencial, mas também elementos relacionados à experiência do paciente e ao desenvolvimento profissional dos prestadores.

Nas campanhas realizadas em 2022 e 2023, cada dimensão era representada por um único critério de avaliação. No âmbito da qualidade assistencial, por exemplo, a análise concentrava-se principalmente na aderência aos protocolos clínicos e administrativos, mensurada por meio do percentual de glosa técnica, sendo elegíveis os prestadores que mantinham esse indicador dentro de limites estabelecidos pela operadora.

A partir de 2024, o modelo de avaliação foi ampliado e aperfeiçoado, com a inclusão de novos indicadores na dimensão de qualidade assistencial. Foram incorporados quatro critérios adicionais, incluindo o preenchimento da autoavaliação de qualidade assistencial, participação em visitas de qualificação da rede prestadora, ausência de eventos adversos assistenciais e inexistência de inconsistências administrativas relacionadas a pagamentos. Essas mudanças buscaram tornar o processo de classificação mais abrangente, incorporando múltiplos aspectos relacionados à segurança do paciente, governança clínica e conformidade administrativa.

Com essa ampliação, o modelo de avaliação adotado nas campanhas de 2024 e 2025 passou a refletir uma abordagem mais estruturada de monitoramento da qualidade assistencial, alinhada a práticas contemporâneas de gestão em saúde e a iniciativas de incentivo baseadas em desempenho. Foram definidas três dimensões (qualidade assistencial, satisfação dos beneficiários, aprimoramento contínuo do prestador).

Dimensão 1 – Qualidade assistencial

A dimensão qualidade assistencial avalia a conformidade técnica da prática clínica e administrativa dos prestadores, considerando indicadores relacionados à aderência a protocolos clínicos, segurança do paciente e conformidade nos processos de faturamento.

A aderência aos protocolos técnicos e diretrizes clínicas referenciados pela operadora estudada é mensurada por meio do índice de glosa técnica, calculado com base na produção anual do prestador. Durante o período da campanha, o profissional é avaliado conforme o percentual total de glosas técnicas registradas.

Outro critério considerado refere-se à realização de procedimentos críticos, definidos pela operadora como procedimentos assistenciais de maior relevância clínica

ou impacto financeiro. A avaliação considera o percentual desses procedimentos em relação à produção total do prestador durante o período da campanha.

Além desses indicadores quantitativos, a dimensão de qualidade assistencial contempla ainda critérios relacionados à governança clínica e à segurança do paciente, incluindo o preenchimento da autoavaliação de qualidade assistencial, a realização de visita de qualificação com desempenho superior a 90%, quando aplicável, a ausência de registro de eventos adversos durante o período avaliado e a inexistência de notificações de inconsistência em pagamento ou irregularidades administrativas relacionadas ao faturamento.

Dimensão 2 – Satisfação dos beneficiários atendidos

A dimensão satisfação dos beneficiários avalia a percepção dos pacientes em relação ao atendimento prestado pelos dentistas credenciados, utilizando como referência o Net Promoter Score (NPS). Esse indicador mede a probabilidade de recomendação do prestador pelo beneficiário após a realização do atendimento. A pesquisa de satisfação é enviada automaticamente por SMS após a confirmação da Guia de Tratamento Odontológico. Para fins de apuração dos resultados da campanha, são consideradas apenas as avaliações referentes a atendimentos realizados até 30 de novembro do ano vigente. A avaliação dessa dimensão é composta por dois critérios principais.

O primeiro refere-se ao engajamento na pesquisa de satisfação, mensurado pela taxa de conversão entre o número de respostas recebidas e o total de atendimentos realizados pelo prestador. A pontuação é atribuída a uma gradação, com máximo de 20 pontos.

O segundo critério corresponde ao score final de NPS obtido pelo prestador, calculado pela diferença entre o percentual de promotores e o percentual de detratores. A pontuação segue as faixas de classificação adotadas internacionalmente para o indicador.

Dimensão 3 – Aprimoramento contínuo do prestador credenciado

A dimensão de aprimoramento contínuo avalia o engajamento do prestador em atividades de educação continuada e desenvolvimento profissional por meio da participação na Trilha de Educação Continuada da operadora estudada, disponibilizada gratuitamente no Portal do Prestador. A pontuação é atribuída conforme o nível de conclusão dos cursos que compõem a trilha de conhecimento até 30 de novembro do ano vigente. A trilha possui validade permanente, de modo que prestadores que concluíram os cursos em períodos anteriores mantêm sua pontuação no programa.

Além da trilha principal, são disponibilizados cursos complementares, como facetas dentárias, uso de selantes em odontopediatria e uso da pasta CTZ no tratamento endodôntico de dentes decíduos. O acesso aos cursos é realizado por meio do Portal do Prestador, na seção “Cursos”, mediante login com CPF ou CNPJ e senha cadastrada.

Este estudo utilizou dados secundários institucionais analisados de forma agregada e anonimizada, sem identificação de indivíduos. De acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, pesquisas com dados secundários sem identificação dos participantes são dispensadas de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dados institucionais referentes ao período selecionado, relacionados ao programa de bonificação por desempenho. A análise compara indicadores de qualidade assistencial, satisfação dos beneficiários e aprimoramento profissional entre dois grupos de prestadores: a rede credenciada geral e os profissionais classificados como bonificados no programa. Os resultados são apresentados por meio de tabelas, permitindo observar a evolução dos critérios de elegibilidade e classificação ao longo do período estudado, bem como identificar diferenças de desempenho entre os grupos analisados. Essa abordagem possibilita avaliar os resultados do programa de incentivo sobre indicadores relevantes de qualidade assistencial, experiência do beneficiário e conformidade técnica na rede prestadora.

Distribuição dos prestadores bonificados por unidade federativa e natureza jurídica

A primeira campanha de bonificação, realizada em 2022, contemplou 30 prestadores e apresentou abrangência em 40% dos estados brasileiros com rede credenciada. O estado do Rio de Janeiro concentrou o maior número de dentistas beneficiados, com 11 prestadores, seguido por Minas Gerais, com nove profissionais contemplados.

Na campanha de 2023, também foram bonificados 30 prestadores. A campanha alcançou 15 dos 23 estados com rede credenciada. Minas Gerais apresentou o maior número absoluto de dentistas bonificados. Na análise proporcional, considerando o total de prestadores e o volume de atendimentos por região, Goiás apresentou o maior índice relativo de profissionais beneficiados.

Em 2024, foram contemplados 14 prestadores distribuídos em sete estados. Na campanha de 2025, após ajuste metodológico nos parâmetros de elegibilidade, foram bonificados 54 prestadores distribuídos em 15 estados. Minas Gerais concentrou o maior número de dentistas bonificados, seguido por São Paulo, responsável por cerca de 30% dos profissionais contemplados.

Com relação à natureza jurídica, aproximadamente 30% dos prestadores são pessoas físicas e 70% são pessoas jurídicas. Não houve repetição de prestadores ao longo das campanhas analisadas.

Dos critérios de elegibilidade e classificatórios

A análise de critérios de elegibilidade e classificatórios no contexto de modelos de remuneração é fundamental para garantir que os incentivos financeiros estejam alinhados com padrões mínimos de qualidade assistencial, segurança e capacidade técnica dos prestadores. Em modelos de pagamento baseados em desempenho ou valor, a elegibilidade estabelece condições iniciais que asseguram que apenas profissionais ou serviços que atendam a requisitos estruturais e assistenciais participem do programa, reduzindo o risco de distorções ou incentivos inadequados. Já os critérios classificatórios permitem diferenciar níveis de desempenho entre os participantes, orientando a distribuição dos incentivos de forma proporcional aos resultados obtidos. Dessa forma, a análise conjunta desses critérios contribui para maior transparência, equidade e eficiência na remuneração, além de favorecer a indução de melhorias contínuas na qualidade da assistência e na utilização racional de recursos em saúde.

Análise comparativa dos critérios de elegibilidade (2022–2025)

A análise a seguir contempla dados cadastrais e indicadores de desempenho dos cirurgiões-dentistas participantes do programa. A Tabela 1 apresenta os critérios de elegibilidade, comparando a composição da rede geral com a dos profissionais bonificados.

O tempo médio de credenciamento evoluiu progressivamente entre os bonificados, passando de 4,3 anos em 2022 para 7 anos em 2024 e mantendo-se elevado em 2025 (6,7 anos).

No tocante à amplitude assistencial, os bonificados mantiveram cobertura integral das especialidades exigidas em todos os anos avaliados (100,00%), enquanto a rede geral apresentou percentuais significativamente inferiores. Além disso, o número médio de

especialidades efetivamente atendidas por prestador foi consistentemente maior entre os bonificados ao longo da série histórica. Em 2022 e 2023, esse indicador foi de 5,1 e 5,5 especialidades, respectivamente, frente a 3,5 e 3,7 na rede geral. Em 2025 observa-se nova ampliação da capacidade assistencial dos bonificados, atingindo média de 6,7 especialidades atendidas por prestador, enquanto a rede geral permaneceu em 3,9.

Em relação à governança cadastral e ao relacionamento com beneficiários, os prestadores bonificados mantiveram 100,00% de atualização cadastral em todos os anos analisados (CNES, alvará de vigilância sanitária e alvará de funcionamento), ao passo que a rede geral apresentou percentuais bastante inferiores, variando entre 11,5% e 16,5% ao longo do período. De forma semelhante, os bonificados mantiveram ausência total de reclamações registradas, enquanto a rede geral apresentou índice aproximado de 4 a 4,7 reclamações por 10.000 beneficiários.

Por fim, no que se refere à produção assistencial, observa-se que os prestadores bonificados apresentam volume consistente de procedimentos realizados por prestador ao longo da série histórica.

No item que diz respeito a pendências ou violações às regras e princípios éticos da operadora durante todo o período da campanha, ainda não há valores atribuídos. Isso ocorre porque esse critério foi incluído apenas no edital da campanha mais recente, não havendo dados disponíveis para os períodos anteriores analisados.

Tabela 1 – Médias dos critérios de elegibilidade para a rede geral e os bonificados, por ano.

Critério	2022		2023		2024		2025	
	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.
Tempo de credenciamento (anos)	4,9	4,3	5,0	5,2	5,7	7,0	6,4	6,7
Média de especialidades atendidas por prestador	3,5	5,1	3,7	5,5	3,8	3,9	3,9	6,7
Prestadores com cadastro atualizado	11,5%	100%	13,6%	100%	16,5%	100%	14,0%	100%
Histórico positivo (nº reclamações)	4/10mil	0	4/10mil	0	4/10mil	0	4,7/10mil	0
Média de produção (procedimentos) por prestador	284	466	307	1244	313	490	655	467

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da operadora (2022–2025).

Análise comparativa dos critérios classificatórios (2022–2025)

A análise longitudinal dos critérios classificatórios aplicados aos prestadores da rede credenciada evidencia diferenças relevantes entre os profissionais pertencentes à rede geral e aqueles contemplados pelo programa de bonificação ao longo do período de

2022 a 2025, conforme mostra a Tabela 2. Os indicadores avaliados abrangem dimensões relacionadas à qualidade assistencial, segurança do paciente, conformidade administrativa e engajamento em processos de melhoria contínua.

No critério glosa técnica, utilizado como indicador indireto de conformidade técnica e qualidade do registro clínico-assistencial, observa-se manutenção de desempenho mais favorável entre os prestadores bonificados durante todo o período analisado, com taxas consistentemente inferiores a 2,5%. Em contraste, a rede geral apresentou aumento desse indicador em 2025 (3,2%).

Em relação à autoavaliação de qualidade assistencial, instrumento voltado ao monitoramento interno de práticas clínicas e protocolos assistenciais, observa-se adesão integral entre os prestadores bonificados quando o indicador esteve disponível, alcançando 100,00% em 2024. Por outro lado, a rede geral apresentou baixa participação no mesmo período (5,06%).

A visita de qualificação assistencial, que representa um mecanismo de auditoria e acompanhamento da rede prestadora, apresentou padrão semelhante. Em 2024, todos os prestadores bonificados foram submetidos a esse processo de qualificação (100,00%), enquanto apenas 5,06% dos prestadores da rede geral foram avaliados. Em 2025, observa-se continuidade desse processo, ainda que com percentuais inferiores registrados na base analisada.

O indicador de ausência de ocorrências de eventos adversos manteve desempenho elevado ao longo de todo o período em ambos os grupos, porém com resultados consistentemente superiores entre os prestadores bonificados, alcançando valores próximos ou iguais a 100,00%. Na rede geral, os percentuais variaram entre 96,08% e 98,69%.

No que se refere à ausência de notificação de inconsistências em pagamento, indicador relacionado à conformidade administrativa e integridade dos processos de faturamento, observa-se evolução gradual na rede geral, com aumento de 94,0% em 2024 para 96,06% em 2025.

Em 2022 e 2023, a rede geral apresentou pontuação média de 2,2 e 2,34, respectivamente, enquanto os prestadores bonificados alcançaram pontuação máxima (5). Em 2024, observa-se convergência entre os grupos. Já em 2025, observou-se pontuação média de 1,62 na rede geral e 2,04 entre os prestadores bonificados. O item referente ao

engajamento nas respostas ao NPS foi incluído apenas na campanha atual e, portanto, não há valores atribuídos a esse critério nos períodos anteriores analisados.

Por fim, o indicador de conclusão de cursos de capacitação reflete o nível de participação dos prestadores em atividades de educação continuada. Observa-se aumento progressivo desse indicador até 2024, quando ambos os grupos atingiram 14 cursos concluídos. Em 2025, a rede geral apresentou maior número de cursos concluídos (8), enquanto os prestadores bonificados registraram menor participação (1).

Até a campanha anterior, o atendimento a procedimentos críticos era considerado um critério de elegibilidade. Por esse motivo, esse indicador foi incluído naquele item e não nos classificatórios.

Tabela 2 – Médias dos critérios classificatórios para a rede geral e os bonificados, por ano.

Critério	2022		2023		2024		2025	
	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.	Geral	Bonif.
Glosa técnica	2,50%	<2,5%	2,50%	<2,5%	2,50%	<2,5%	3,20%	<2,5%
Autoavaliação de qualidade assistencial	ND	ND	ND	ND	5,06%	100%	ND	ND
Visita de qualificação	ND	ND	ND	ND	5,60%	100%	5,00%	2,00%
Ausência de eventos adversos	98,5%	100%	98,5%	100%	96,08%	100%	98,69%	99,13%
Sem notificação de inconsist. em pagamento	ND	ND	ND	ND	94,0%	100%	96,06%	100%
Avaliações positivas	2,20	5,00	2,34	5,00	1,00	1,00	1,62	2,04
Conclusão de cursos	0	0	8,00	5,00	14,00	14,00	8,00	1,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da operadora (2022–2025). ND: não disponível.

Da quantidade de procedimentos por beneficiário atendido

A quantidade de procedimentos por beneficiário atendido é um indicador de desempenho que move a análise para além do volume bruto de produção, permitindo uma avaliação da intensidade do cuidado. Enquanto a “Produção de Procedimentos” (analisada na tabela de elegibilidade) mede o volume total, a quantidade de procedimentos por beneficiário atendido mede quantos procedimentos, em média, um prestador realiza para cada paciente único que atende.

Em 2022, como evidenciado na Tabela 3, observa-se aumento desse indicador após a implementação da bonificação, passando de 3,43 para 3,67 procedimentos por beneficiário atendido. No ano de 2023, verifica-se leve redução no número médio de procedimentos após a bonificação, passando de 4,13 para 4,03. Em 2024, essa tendência torna-se mais evidente, com redução do indicador de 3,47 para 3,22 procedimentos por beneficiário após a bonificação. Para o ano de 2025, os dados disponíveis contemplam

apenas o período anterior à bonificação, com média de 3,17 procedimentos por beneficiário atendido, não sendo possível realizar a comparação com o período posterior.

Observa-se ainda que essa tendência de redução não se restringe apenas aos prestadores diretamente bonificados.

Tabela 3 – Quantidade média de procedimentos por beneficiário atendido na rede geral e entre os bonificados, por ano.

Critério	2022	2023	2024	2025
Antes da bonificação	3,43	4,13	3,47	3,17
Depois da bonificação	3,67	4,03	3,22	ND

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da operadora (2022–2025). ND: não disponível. O critério “antes da bonificação” refere-se a dados de 12 meses anteriores.

Mesmo entre aqueles que não receberam bonificação, verifica-se comportamento semelhante ao longo do período analisado, com diminuição gradual do número médio de procedimentos por beneficiário.

Custo médio por beneficiário atendido

Observa-se que, no período de 2023 a 2025 (Tabela 4), o custo médio do beneficiário atendido entre os prestadores bonificados foi consistentemente inferior ao observado na rede geral. Em 2023, enquanto a rede geral apresentou custo médio de R\$ 234, os prestadores bonificados registraram R\$ 180, representando redução aproximada de 23%. Em 2024, essa diferença tornou-se ainda mais expressiva, com valores de R\$ 222 para a rede geral e R\$ 136 para os bonificados, correspondendo a uma redução de cerca de 39%. Já em 2025, embora tenha ocorrido leve aumento em ambos os grupos, o custo médio permaneceu menor entre os bonificados (R\$ 151) em comparação à rede geral (R\$ 228), mantendo diferença de aproximadamente 34%.

Tabela 4 – Custo médio (R\$) por beneficiário atendido na rede geral e entre os prestadores bonificados, por ano.

	2022	2023	2024	2025
Rede Geral	ND	R\$ 234	R\$ 222	R\$ 228
Bonificados	ND	R\$ 180	R\$ 136	R\$ 151

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da operadora (2022–2025). ND: não disponível.

DISCUSSÃO

Os sistemas de saúde contemporâneos têm buscado desenvolver mecanismos de remuneração capazes de alinhar incentivos financeiros à melhoria da qualidade assistencial e à eficiência dos serviços. Nesse contexto, programas de bonificação por desempenho, também conhecidos como pay-for-performance (P4P), têm sido

implementados em diferentes países como estratégias para estimular boas práticas clínicas, aumentar a transparência dos resultados assistenciais e promover maior responsabilização dos prestadores.^{1,2,3,4} Os achados do presente estudo reforçam essa perspectiva ao demonstrar que a implementação de um programa estruturado de bonificação esteve associada a diferenças relevantes no desempenho assistencial, na conformidade técnica e na eficiência da rede prestadora ao longo do período analisado. A distribuição dos prestadores bonificados ao longo dos anos evidenciou variações importantes na abrangência geográfica e na concentração regional, com expansão em 2023, retração em 2024 e nova ampliação em 2025. Esse comportamento sugere sensibilidade do programa aos critérios de elegibilidade adotados, indicando que ajustes metodológicos podem estar diretamente associados à participação e à representatividade da rede.

A ausência de repetição de prestadores bonificados ao longo dos ciclos analisados constitui um achado relevante. Por um lado, esse resultado sugere capacidade do programa em ampliar a participação e distribuir incentivos de forma mais equitativa. Por outro, pode indicar certa rotatividade entre os participantes, levantando a necessidade de avaliar a sustentabilidade do desempenho ao longo do tempo. Esse fenômeno dialoga com a literatura sobre incentivos em saúde, que aponta que programas de pagamento por desempenho podem induzir mudanças comportamentais, mas exigem mecanismos contínuos de monitoramento para garantir consistência e manutenção dos resultados.^{5,6,7}

No que se refere aos critérios de elegibilidade, os resultados demonstraram que os prestadores bonificados apresentam perfil mais maduro, mais estável, maior tempo de credenciamento e maior capacidade assistencial, evidenciada pelo número de especialidades atendidas e pela cobertura integral das áreas exigidas. Além disso, observou-se maior conformidade cadastral e ausência de reclamações nesse grupo, em contraste com a rede geral. Esses achados reforçam a importância de critérios estruturais e regulatórios na composição de programas de incentivo, alinhando-se ao modelo clássico de avaliação da qualidade em saúde, que considera dimensões de estrutura, processo e resultado.^{8,9,10}

A análise dos critérios classificatórios evidenciou diferenças consistentes entre os grupos, especialmente em indicadores de qualidade assistencial, segurança do paciente e conformidade administrativa. Os prestadores bonificados apresentaram menores taxas de glosa técnica, maior adesão a instrumentos de autoavaliação, maior participação em

processos de qualificação assistencial e melhores resultados em indicadores relacionados a eventos adversos e inconsistências administrativas. Estudos internacionais demonstram que programas de pay-for-performance podem contribuir para melhorias na adesão a protocolos clínicos, maior padronização das práticas assistenciais e fortalecimento dos processos de governança clínica nas organizações de saúde.^{7,13} No entanto, a literatura também destaca que o desenho desses programas deve considerar cuidadosamente os indicadores utilizados, de modo a evitar efeitos adversos ou incentivos inadequados à prática clínica.^{3,4,14}

No campo da odontologia, esses achados são particularmente relevantes, uma vez que a adoção de modelos de incentivo financeiro ainda é relativamente recente. Estudos prévios indicam que programas de P4P podem influenciar significativamente o comportamento assistencial dos profissionais, especialmente quando associados a indicadores claros e mensuráveis de qualidade e experiência do paciente.^{11,12}

No contexto brasileiro, os resultados também dialogam com experiências como o PMAQ, que demonstraram a capacidade de incentivos financeiros promoverem mudanças organizacionais e melhorias na qualidade dos serviços prestados.^{15,16} Esse movimento está alinhado a princípios mais amplos da atenção primária à saúde, incluindo coordenação do cuidado, longitudinalidade e uso racional de recursos.¹⁷

Um dos achados mais relevantes do estudo refere-se à análise da quantidade de procedimentos por beneficiário atendido. Observou-se que, após um aumento inicial em 2022, houve tendência consistente de redução desse indicador nos anos subsequentes. Esse comportamento pode ser interpretado como um processo de maturação do programa, no qual os prestadores passam a ajustar suas práticas clínicas às métricas de desempenho estabelecidas. Estudos indicam que, em fases iniciais, programas de incentivo podem estimular aumento da produção assistencial, seguido posteriormente por maior racionalização e foco em resolutividade.^{5,6}

A redução do número médio de procedimentos por beneficiário, especialmente a partir de 2023, sugere maior eficiência assistencial e melhor adequação das condutas clínicas. Esse resultado é consistente com modelos contemporâneos de cuidado baseado em valor, nos quais o desempenho assistencial é avaliado a partir da relação entre desfechos clínicos e recursos utilizados.^{20,21} Nesse contexto, menor volume de procedimentos não implica necessariamente menor qualidade, podendo refletir maior resolutividade e melhor direcionamento terapêutico.^{21,22}

Adicionalmente, observou-se que essa tendência de redução não se restringiu aos prestadores bonificados, sendo também identificada na rede geral. Esse achado sugere a presença de um efeito indutor do programa, no qual os critérios de avaliação e os padrões de desempenho passam a influenciar o comportamento assistencial de toda a rede credenciada. A literatura descreve esse fenômeno como um efeito sistêmico dos programas de incentivo, capazes de promover mudanças organizacionais que extrapolam o grupo diretamente incentivado.^{13, 22, 25}

Outro resultado relevante refere-se ao custo médio por beneficiário atendido, que se manteve consistentemente inferior entre os prestadores bonificados ao longo dos anos analisados. Essa diferença sugere maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais, sem prejuízo da qualidade, reforçando a hipótese de que programas de bonificação podem contribuir para a sustentabilidade econômica do sistema. Esse achado está alinhado ao debate internacional sobre a necessidade de enfrentamento da crise de custos em saúde por meio de modelos de gestão orientados a valor e eficiência.^{22, 23, 24}

A incorporação de indicadores relacionados à experiência do paciente, como medidas de satisfação e NPS, também representa um avanço relevante na avaliação da qualidade assistencial. A literatura destaca que a inclusão dessas dimensões amplia a compreensão da qualidade do cuidado, incorporando aspectos relacionados à comunicação, confiança e percepção de valor pelos pacientes.^{21, 26} No cenário da saúde suplementar brasileira, esses resultados assumem especial relevância diante da necessidade de qualificação da rede prestadora, aumento da transparência e melhoria da eficiência operacional, aspectos que vêm sendo acompanhados por órgãos reguladores e análises setoriais recentes.²⁶

Por fim, os achados do estudo sugerem que programas estruturados de bonificação podem atuar como importantes instrumentos de indução de qualidade na rede prestadora. Ao combinar critérios de elegibilidade bem definidos, indicadores de desempenho assistencial, métricas de experiência do beneficiário e mecanismos de monitoramento contínuo, tais programas podem contribuir para promover práticas clínicas mais resolutivas, fortalecer a governança assistencial e alinhar os interesses entre prestadores e operadoras de saúde, em direção a modelos assistenciais orientados a valor.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos a partir da análise das amostras de prestadores selecionados ao longo dos quatro anos de campanhas analisadas sugerem associação consistente entre a bonificação por desempenho e melhorias em indicadores assistenciais e de eficiência, embora estudos adicionais sejam necessários para confirmação de causalidade. O tamanho reduzido da amostra e as limitações inerentes aos dados disponíveis dificultam inferências consistentes sobre possíveis mudanças na satisfação dos beneficiários ou dos prestadores, bem como sobre melhorias na qualidade dos serviços prestados, na adesão a protocolos clínicos, na produtividade ou na eficiência assistencial.

Da mesma forma, não foi possível identificar evidências conclusivas de associação do programa com indicadores operacionais relevantes, como atualização cadastral dos prestadores, melhoria na satisfação dos pacientes ou evolução em outros indicadores de qualidade assistencial analisados. Essas limitações reforçam a necessidade de cautela na interpretação dos resultados e evidenciam a importância de estudos com maior abrangência amostral e acompanhamento longitudinal mais estruturado.

Apesar dessas limitações, a literatura aponta que programas de bonificação por desempenho, quando bem planejados e adequadamente estruturados, podem constituir instrumentos relevantes para estimular melhorias no desempenho profissional, fortalecer o engajamento dos prestadores e promover maior alinhamento entre os objetivos estratégicos da organização e as práticas assistenciais da rede credenciada. Entretanto, a implementação de sistemas eficazes de incentivo requer planejamento cuidadoso, definição clara de indicadores de desempenho, transparência nos critérios de avaliação e monitoramento contínuo de seus efeitos sobre o comportamento assistencial. Além disso, são necessárias plataformas robustas que possibilitem o acompanhamento contínuo do prestador sobre seus resultados, estimulando-o a alcançar metas que propiciem a melhor remuneração.

Nesse sentido, recomenda-se que futuras investigações ampliem o escopo de análise do programa, incorporando métricas adicionais capazes de avaliar de forma mais abrangente seus efeitos sobre o sistema assistencial. Entre essas métricas, destacam-se indicadores relacionados à satisfação dos prestadores e dos beneficiários atendidos por profissionais participantes do programa, bem como análises mais detalhadas sobre produtividade, eficiência assistencial e qualificação profissional após a implementação da bonificação. Cabe ressaltar que a iniciativa realizada anualmente pela UNIMED

ODONTO se caracteriza como um modelo de remuneração por desempenho (pay-for-performance), e não propriamente como remuneração baseada em valor. Nesse contexto, o presente trabalho também representa um movimento preparatório para a futura estruturação de critérios orientados à remuneração por valor, a qual se distingue por incorporar, de forma mais abrangente, a relação entre desfechos clínicos, experiência do beneficiário e custos assistenciais.

A integração dessas análises com indicadores clínicos e desfechos de saúde dos pacientes poderá contribuir para uma avaliação mais abrangente da efetividade desse tipo de estratégia na melhoria da qualidade assistencial na saúde suplementar odontológica. Tal avanço permitiria não apenas a expansão do programa para um número maior de prestadores, mas também a adoção de critérios mais transparentes, equitativos e justos, fortalecendo a governança, a credibilidade do modelo e os resultados de longo prazo.

Adicionalmente, observou-se que nem todos os indicadores analisados apresentaram desempenho consistentemente superior entre os prestadores bonificados ao longo de todos os anos avaliados. Em alguns cenários específicos, como nos indicadores relacionados à satisfação e à conclusão de cursos em 2025, os resultados não demonstraram vantagem clara para os participantes do programa. Esse achado reforça a complexidade inerente à mensuração de desempenho assistencial e evidencia que os efeitos de programas de bonificação podem variar conforme o indicador analisado, o contexto operacional e o período avaliado.

Conflitos de interesse

Os autores possuem vínculo profissional com a operadora responsável pelos dados utilizados neste estudo, incluindo acesso institucional às bases analisadas. Os dados foram tratados de forma agregada e anonimizada, sem identificação individual de beneficiários ou prestadores e sem identificação de volume. Os autores declaram que a análise e interpretação dos resultados foram conduzidas de forma técnica e independente.

Financiamento

O presente estudo não recebeu financiamento externo específico.

REFERÊNCIAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
2. Eichler R, Agarwal K, Askew I, Iriarte E, Morgan L, Watson J. Performance-based incentives to improve health status of mothers and newborns: what does the evidence show? *J Health Popul Nutr.* 2013;31(4 Suppl 2):36-47.
3. World Bank. Paying for performance in health care. Washington (DC): World Bank; 2014.
4. Damberg CL, Raube K, Teleki SS, Dela Cruz E. Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(2):517-525.
5. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA.* 2005;294(14):1788-1793.
6. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med.* 2007;356(5):515-517.
7. Milstein A, Schreyoegg J. Pay for performance in the health sector. *Health Policy.* 2016;120:1128-1134.
8. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA.* 1988;260:1743-1748.
9. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington: National Academy Press; 2001.
10. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
11. Voinea-Griffin A, Fellows J, Barasch A. Pay for performance: will dentistry follow? *BMC Oral Health.* 2010;10:9.
12. Voinea-Griffin A. Pay-for-performance in dentistry. *J Evid Based Dent Pract.* 2010;10(3):141-147.
13. Shortell S, Kaluzny A. Health care management. New York: Delmar; 2006.
14. OECD. Health at a Glance 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
15. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2):S4-S11.
16. Nunes LB, Santos JCD, Reis IA, Torres HC. Avaliação do programa comportamental em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. *Cien Saude Colet.* 2023;28(3):851-62.

17. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
18. Cabreira FS, Celeste RK, Hilgert JB. Pay-for-performance and dental procedures: a longitudinal analysis of Brazilian dental specialty centers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022;50(1):4-10.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-2481.
21. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev.* 2013;91(10):50-70.
22. Gray A. Value based healthcare. *BMJ.* 2017;356:j437.
23. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff.* 2008;27(3):759-769.
24. Kaplan RS, Porter ME. The big idea: how to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev.* 2011.
25. Vujicic M. Value-based care in dentistry: the future of oral health care delivery. *J Am Dent Assoc.* 2023;154(6):451-456.
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2023.