

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

RICARDO DE OLIVEIRA BESSA

ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRO

SÃO PAULO
2011

RICARDO DE OLIVEIRA BESSA

ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo
da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Administração de
Empresas

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

SÃO PAULO
2011

Bessa, Ricardo de Oliveira

Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro / Ricardo de Oliveira Bessa. - 2011.

105 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Médicos - Honorários. 2. Pessoal da área médica - Salários. 3. Saúde - Brasil. 4. Assistência médica - Brasil. I. Escrivão Junior Álvaro. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.257

RICARDO DE OLIVEIRA BESSA

ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo
da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Administração de
Empresas

Área de concentração: Gestão Socioambiental e
de Saúde

Data da aprovação:

____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior (Orientador)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Miguel Cendoroglo Neto
UNIFESP

Prof. Dra. Celina Martins Ramalho
FGV EAESP

Aos meus pais, Roberto (*in memoriam*) e Izabel, com todo o amor do filho eternamente reconhecido, grato e com muita saudade.

Aos meus amores, Vânia, Marisa, Denise e Fernanda, com carinho e amor. É muito bom compartilhar e estar junto de vocês.

Dedico este trabalho aos bons médicos, àqueles para quem o paciente sempre esteve em primeiro lugar e fazem da nossa nobre profissão uma arte, e aos nossos pacientes, razão principal de nossas escolhas.

AGRADECIMENTOS

Ao admirável Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior, muito mais do que um orientador, incentivador e bom amigo.

À Prof. Dra. Ana Maria Malik, pela sua grande competência acadêmica.

À Professora Ilana Goldstein, pela colaboração em momentos importantes e pela revisão ortográfica.

Aos ilustres Professores Dra. Celina Martins Ramalho e Dr. Miguel Cendoroglo Neto pelas valiosas sugestões e contribuições no exame de qualificação e na defesa.

Aos colegas de Mestrado, Ana Cláudia, Dennys, Marcella, Mariana, Grazi, Sandra, Juliano, Leandro e tantos outros, e a alguns amigos de fora do Mestrado, Ivan, Marcelo, Mônica, Fabiana e César pela contribuição nas questões acadêmicas.

Às secretárias do GV Saúde, Cinthia e Isabella, pela grande colaboração em muitos momentos, e especialmente a Leila Dall'Acqua, a qual sempre vai além.

À alguns amigos de Franca, Elson, Fernanda, Fernando, Miriane, Ana Paula, Lúcia, Alessandra, pela ajuda oportuna em vários momentos.

Aos colegas de jornadas passadas, diretores do Centro Médico de Franca, Associação Paulista de Medicina, Associação Médica Brasileira e Unimed Franca, obrigado pela convivência e pelo aprendizado e aos colegas que me oportunizaram tantas tarefas, obrigado pela confiança.

Aos meus amigos queridos, mais próximos e mais distantes, àqueles a quem vejo sempre e os que quase nunca vejo, certamente tem um pouco de cada um de vocês nestas linhas, como há em mim.

Aos entrevistados da pesquisa, cujos nomes não posso revelar pelas questões de confidencialidade, obrigado pelo tempo e pela clareza de suas palavras.

RESUMO

Em razão dos avanços tecnológicos e do aumento da expectativa média de vida da população, entre outros fatores, os gastos na área da saúde vêm crescendo significativamente, no Brasil. Se de um lado as operadoras de planos de saúde reajustam seus valores para fazer frente ao aumento dos custos, levando seus contratantes e beneficiários a reclamarem da elevação de preços, de outro lado os médicos prestadores de serviços parecem insatisfeitos com seus honorários. Surge então um impasse, ainda pouco estudado, que a presente Dissertação procura enfrentar. Com base em ampla pesquisa bibliográfica e também em entrevistas realizadas com dirigentes e lideranças da área de saúde suplementar, apresentam-se, primeiramente o perfil do setor e as formas principais de remuneração do trabalho médico em nosso país. Discutem-se, em seguida, os resultados da pesquisa, dando voz a representantes das operadoras e da classe médica. Dentre os principais achados da pesquisa qualitativa, destacam-se: a predominância do modelo de remuneração por procedimento ou *fee for service*; críticas generalizadas a respeito da ênfase que a remuneração por procedimento coloca na quantidade, e não na qualidade; a expectativa de que se desenvolvam modelos capazes de avaliar o desempenho dos médicos e os resultados da atenção à saúde. O desenvolvimento desse novo modelo de remuneração traria benefícios, não apenas econômicos, contanto que a construção dos indicadores de resultado e de qualidade possam ser feitos com a participação de todos os atores, inclusive dos médicos. Só assim chegaremos a um modelo remuneratório que reduza os procedimentos (e os gastos) desnecessários, priorize a qualidade dos serviços, otimize os resultados e melhore os índices de satisfação de todos os envolvidos na cadeia da saúde.

Palavras-chave: remuneração médica, pagamento médico, pagamento por procedimento, pagamento por *performance*.

ABSTRACT

Because of technological advances and increased average life expectancy of the population, among other factors, spending on health care has grown significantly in Brazil. On one hand, health medical operators readjust their values to cope with increased costs, leading to complaints from its contractors and beneficiaries about rising prices. On the other hand, the medical service providers seem dissatisfied with their remunerations. Therefore, an impasse, which has been little studied and this work seeks to address, arises. Based on an extensive literature research and on interviews with executives and leaders in the field of health care, first presented are the profile of the sector and the major medical payment models in the country. Subsequently, the research results are discussed, giving voice to representatives of health medical operators and the medical profession. Among the main findings of the qualitative research are: the predominance of payment models by procedure or fee for service; widespread criticism about the emphasis that the fee for service model puts on quantity, not quality; the expectation that models capable of evaluating the performance of doctors and health care outcomes will be developed. The development of this new model would bring several benefits, not only economic, as long as the construction of performance and quality indicators can be decided with the participation of all stakeholders, including physicians. Only then we will come to a payment model that reduces unnecessary procedures (and costs), prioritize service quality, optimize the results and improve the satisfaction of everyone involved in health care.

Keywords: medical remuneration, medical payment, fee-for-service, pay for performance.

Lista de Ilustrações

Quadro 3.1- Universo da pesquisa e recortes amostrais	p.23
Gráfico 4.1 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras	p.31
Gráfico 4.2 - Pirâmide da estrutura etária da população sem plano e com plano privado de assistência médica- Brasil, setembro de 2008	p.32
Gráfico 5.1- Média de gastos com assistência médica per capita em US\$, período 1980-2008	p.34
Quadro 5.1- Pagamento de bônus em países da OECD	p.46
Quadro 5.2 - Incentivos aos médicos em países da OECD	p.46

Lista de Tabelas

Tabela 4.1: Distribuição de beneficiários por modalidade assistencial no setor suplementar de saúde brasileiro, em setembro de 2010. p.30

Tabela 4.2- Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras de planos de saúde – Brasil, no período 2003-2010 p.30

Tabela 6.1: Modalidades de operadoras e formas de remuneração encontradas na Fase 1 p.49

Lista de Abreviaturas

Art.	Artigo
f.	folhas
Nº	Número
p.	página

Lista de Siglas

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
BVS-MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CRM	Conselho Regional de Medicina
EAESP	Escola de Administração de Empresas de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FFS	<i>Fee For Service</i>
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IPA	<i>Independent Practice Associations</i>
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
NHS	<i>National Health Service</i>
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
P4P	Pagamento por <i>performance</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SINAMGE	Sindicato Nacional das Medicinas de Grupo
STS	<i>Society of Thoracic Surgeons</i>
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
3. METODOLOGIA	18
3.1 Pesquisa bibliográfica	18
3.2 Metodologia da pesquisa qualitativa	19
<i>3.2.1 Um estudo não-experimental, transversal, exploratório e descritivo</i>	19
<i>3.2.2 A abordagem qualitativa</i>	20
<i>3.2.3 Universo e amostra da pesquisa</i>	21
<i>3.2.4 Entrevistas semi-estruturadas</i>	24
4. PERFIL DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	25
5. FORMAS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA	34
5.1 Remuneração	36
5.2 Formas de Remuneração	38
<i>5.2.1 Por Procedimento ou Fee-for-service</i>	38
<i>5.2.2 Capitação ou Capitation</i>	41
<i>5.2.3 Salário</i>	41
<i>5.2.4 Pacote</i>	42
<i>5.2.5 Por desempenho ou performance (P4P)</i>	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
<i>6.1 A predominância do modelo fee for service</i>	49

6.2 As tendências para modificação dos modelos de remuneração	57
6.3 O trabalho médico e a influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos	67
6.4 A relação entre remuneração do trabalho médico e qualidade dos serviços oferecidos	75
6.5 A viabilidade da implantação de modelos de remuneração por performance no Brasil	80
6.6 A demanda por um amplo debate	86
7. CONCLUSÕES	91
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

1. INTRODUÇÃO

Os gastos crescentes na área de saúde preocupam o governo, as operadoras de planos de saúde, as empresas que contratam os planos e também os beneficiários. Entre as explicações aventadas para o progressivo aumento de gastos, estão o alto custo em virtude da incorporação de novas tecnologias em medicamentos, materiais e equipamentos; as dificuldades de acesso ao cuidado médico e o envelhecimento da população.

Por outro lado, os médicos reclamam da deterioração progressiva de sua remuneração. As sociedades de especialidades e as associações médicas e de defesa de classe reivindicam continuamente a elevação dos honorários médicos, argumentando que, nos últimos 10 anos, os índices de aumento de preços de consultas e procedimentos foram muito inferiores à autorização de reajuste dada pela Agência Nacional de Saúde – ANS às operadoras de planos de saúde. Ou seja, as operadoras reajustam seus preços para fazer frente ao aumento dos custos, as empresas e os beneficiários reclamam da elevação dos preços, entretanto os médicos prestadores de serviços permanecem insatisfeitos com os honorários por eles recebidos.

No Brasil, as tabelas de honorários médicos elaboradas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) são a referência principal utilizada para a remuneração do trabalho médico no setor de saúde suplementar. A última tabela, de 2003, denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), e feita com padrões técnicos, pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, em conjunto com a Comissão de Honorários Médicos da AMB, foi implantada parcialmente nos serviços privados de saúde (AMB, 2010). Trata-se de uma tabela com itens padronizados que respondem a uma hierarquização. Porém, itens de qualidade, resolutividade, segurança, resultados e satisfação dos clientes não são contemplados no documento (AMB, CFM, 2010).

Recentemente, a ANS montou um grupo de trabalho sobre honorários médicos, composto por representantes de entidades médicas e de operadoras, com o objetivo de definir critérios técnicos a serem adotados na hierarquização dos procedimentos, tomando como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de

Procedimentos Médicos, e também com a finalidade de discutir parâmetros de reajuste para a recomposição do ganho médico. Segundo a ANS, assim como aconteceu com os serviços hospitalares, os honorários médicos perderam espaço para os gastos com insumos no montante total de recursos disponíveis para a assistência à saúde.

O grupo técnico vai debater, ainda, critérios de reajuste dos valores dos serviços prestados, de forma a manter o equilíbrio econômico-financeiro, tanto dos prestadores de serviços, como dos contratantes. Tais critérios deverão constar dos contratos firmados entre as operadoras e os médicos. O objetivo é remunerar o procedimento médico em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza (BRASIL, ANS, 2010a).

Alterar a remuneração dos serviços médicos influenciará os gastos totais das operadoras de planos de saúde. E tem-se a impressão de que todas as partes interessadas estão insatisfeitas com o cenário atual. Assim, com base na experiência profissional de muitos anos do autor, apoiada em adequada pesquisa bibliográfica e também em entrevistas realizadas com profissionais desse segmento, esta Dissertação se debruça sobre os impasses do atual modelo de remuneração que predomina nas operadoras e esboça sugestões de como ele poderia ser aprimorado.

Inicialmente, são apresentadas as modalidades de operadoras de planos de saúde atuando no País, a fim de caracterizar minimamente esse segmento econômico e contextualizar o leitor. Em seguida, descreve-se como é realizada a remuneração do trabalho médico no setor de saúde suplementar brasileiro e caracterizam-se as diversas formas de remuneração do trabalho médico, bem como os principais modelos existentes nos países desenvolvidos. Então, com base em uma pesquisa qualitativa, dividida em duas fases, analisam-se os posicionamentos de dirigentes de operadoras de planos de saúde privadas e lideranças médicas relevantes sobre o assunto. Cotejando-se leituras realizadas durante o Mestrado, a visão das empresas e da categoria médica, busca-se identificar modelos de remuneração dos serviços médicos praticados atualmente em nosso meio, possíveis tendências de mudanças destes modelos de remuneração que estejam mais de acordo com as expectativas dos profissionais, a existência de relação entre

remuneração e qualidade e se os modelos praticados estão alinhados com as tendências atuais da gestão baseada em desempenho.

Finalmente, é importante ressaltar que estamos diante de uma questão espinhosa e atual, que preocupa e mobiliza sobremaneira todos os envolvidos nesse segmento. No entanto, por se tratar de um assunto ainda pouco estudado no Brasil, a Dissertação tem caráter pioneiro, ganhando em ousadia e relevância o que talvez perca em termos de interlocução com publicações e trabalhos acadêmicos sobre o assunto, os quais são relativamente escassos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é analisar as formas de remuneração do trabalho médico vigentes no setor de saúde suplementar no Brasil, investigando, ao mesmo tempo, a viabilidade da implantação de modelos de remuneração por *performance* do trabalho médico nesse segmento.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer e analisar a percepção dos gestores selecionados sobre:

- As razões da predominância do modelo *fee for service* de remuneração do trabalho médico no setor de saúde suplementar brasileiro;
- As tendências para a modificação do referido modelo;
- Os modelos de remuneração mais adequados à nossa realidade;
- A relação entre remuneração do trabalho médico e qualidade dos serviços oferecidos;
- A viabilidade da implantação de modelos de remuneração por *performance* no setor de saúde suplementar brasileiro.

3. METODOLOGIA

O processo de construção da presente Dissertação envolveu diferentes etapas, a saber: pesquisa bibliográfica; formulação da questão; desenho do estudo; seleção das fontes de dados ou seleção dos participantes; elaboração das ferramentas de pesquisa ou protocolo; coleta de dados; processamento e análise de dados; divulgação dos resultados que são descritos a seguir:

3.1 Pesquisa bibliográfica

Na pesquisa bibliográfica que embasa a Dissertação, foram selecionados os seguintes unitermos ou temas: remuneração médica; pagamento médico; pagamento por *performance*; *fee-for-service*; *pay for performance*; P4P; *capitation*; *payment*; *reimbursement*; *physician payments*.

O levantamento foi feito no acervo físico da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getúlio Vargas, incluindo o catálogo de dissertações e teses. Foram ainda realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e na biblioteca virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quanto às bases de dados, foram utilizadas, principalmente, SciELO, LILACS, EBSCO e JSTOR. Efetuaram-se, adicionalmente, buscas em *sites* específicos da internet, tais como: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), *Commonwealth of Massachusetts*, *Leapfrog Group*, *National Health Service* (NHS), entre outros. Porém, para além da discussão teórica, parecia-nos imprescindível escutar os diversos atores sociais que fazem parte do universo estudado, aqueles profissionais que põem em prática os critérios e mecanismos de remuneração existentes, testando-os, submetendo-se a eles, perpetuando-os ou criticando-os.

3.2 Metodologia da pesquisa qualitativa

Qualquer pesquisa consiste em um conjunto de atividades voltadas à solução de determinados problemas ou questões, por meio do emprego de procedimentos científicos (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 44). Complementarmente, pode-se afirmar que se trata de “um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais” (MARCONI e LAKATOS, 2006, p. 157).

Existem diversas modalidades de pesquisa no que diz respeito ao tipo, à metodologia e à abordagem. Convém, portanto, tecer algumas observações sobre o enquadramento de nossa pesquisa dentro de classificações e tipologias de pesquisa científica.

3.2.1 Um estudo não-experimental, transversal, exploratório e descritivo

Em primeiro lugar, este estudo pode ser considerado *não-experimental*, uma vez que não foram realizados ensaios clínicos, procedimentos controlados em laboratórios, simulações, nem quaisquer intervenções significativas do pesquisador que alterassem seu objeto de estudo.

Dentro da linha não-experimental, uma pesquisa pode ser ainda classificada como *transversal* (descritiva de um contexto particular, recortado no tempo), ou *longitudinal* (reveladora de causalidades e tendências, com base em dados sucessivamente coletados ao longo do tempo). Pode-se afirmar, então, que o estudo apresentado no presente capítulo é mais próximo ao tipo transversal, categoria cuja principal característica é a coleta de dados em um só momento, produzindo uma espécie de “fotografia” de um fenômeno em dado contexto. (SAMPIERI *et al*, 2006).

No âmbito da metodologia do trabalho científico, há outras classificações e tipologias, que utilizam termos e nomenclaturas distintos. Levando em conta o modelo sugerido por Sampieri *et al* (2006) e também por Andrade (1999), chega-se

à conclusão de que, nessa pesquisa, foram utilizadas as perspectivas *exploratória* e *descritiva*. O estudo exploratório, na verdade, é parte integrante da pesquisa descritiva, visto que o primeiro busca a familiarização com o fenômeno pesquisado, a obtenção de novas percepções e a descoberta de novas idéias que pautarão a segunda (CERVO e BERVIAN, 1996).

Os estudos exploratórios são realizados para “examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” (SAMPIERI et al, 2006, p. 99). Já a pesquisa descritiva é aquela que “procura descobrir, com a precisão possível, a freqüência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características” (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 49). Os estudos descritivos permitem que se façam previsões ou sejam tecidas relações, mesmo que preliminares.

Uma vez definido o tipo de pesquisa por nós empreendida – não-experimental, transversal, exploratória e descritiva -, resta, agora, precisar a abordagem adotada no estudo, tema do próximo item.

3.2.2 A abordagem qualitativa

As duas principais abordagens utilizadas em pesquisas científicas são a qualitativa e a quantitativa. O presente estudo prioriza a primeira delas. A abordagem qualitativa assume algumas premissas centrais, a saber: a realidade estudada é considerada como algo construído pelo(s) indivíduo(s) que dá(ão) origem ao fenômeno social; busca-se entender o ponto de vista dos atores sociais envolvidos (SAMPIERI *et al*, 2006, p. 9).

Assim, enquanto pesquisas com abordagens quantitativas procuram identificar relações e constantes por meio da tabulação de uma grande quantidade de informação que permita comprovar hipóteses previamente estabelecidas, abordagens qualitativas se propõem a compreender o significado de algo a partir de entrevistas em profundidade, observação direta ou estudos de caso, a fim de compreender como os sujeitos pesquisados compreendem sua própria situação.

3.2.3 Universo da pesquisa e construção das amostras

O universo ou população de uma pesquisa corresponde ao “conjunto de todos os casos que concordam com determinadas especificações” (SAMPIERI, 2006, p. 253). Logo, o universo total desta pesquisa é composto por profissionais da saúde e gestores ligados a operadoras de saúde, bem como representantes de entidades de classe e conselhos que representam esse segmento.

A fim de restringir esse universo a um número viável no âmbito de uma dissertação de Mestrado, foi realizada uma sondagem preliminar por meio de um instrumento de consulta simples, enviado por meio eletrônico (e-mail), à diretoria das operadoras, precedido de explicações sobre a finalidade da pesquisa (ANEXO A). Essa primeira e rápida consulta permitiu saber que forma de remuneração do trabalho médico era utilizado por cada operadora.

Vale a pena abrir um parêntese para explicitar como se deu a construção, em etapas sucessivas, da amostra dessa primeira fase da pesquisa. Consultamos pela internet a página da Agência Nacional de Saúde (ANS), na área de informações em saúde suplementar, no dia 26 de junho de 2010¹. Constavam 1658 operadoras de planos de saúde ativas, das quais 178 sem beneficiários; 1079 de pequeno porte, isto é abaixo de 20.000 vidas; 303 de médio porte, de 20.000 a 100.000 vidas; e 98 operadoras acima de 100.000 vidas, consideradas pela classificação da ANS como de grande porte. Dentro do grupo de médio e grande porte, 24 eram cooperativas odontológicas e 33 eram empresas de odontologia de grupo (BRASIL, ANS, 2010b).

Assim, o total de nossa primeira amostra, composta por operadoras ativas, com beneficiários, de médio e grande porte (=acima de 20.000 vidas) foi de 345 operadoras. Juntas, elas atendem um universo de 38.517.808 beneficiários, 89,1% do total de beneficiários do sistema de saúde suplementar naquela data. São 41 empresas de autogestão, 146 cooperativas médicas, 23 filantrópicas, 123 empresas de medicina de grupo e 12 seguradoras especializadas em saúde.

Após a listagem do nome destas operadoras, foi realizada a busca dos telefones das empresas. Entre 10 e 24 de agosto de 2010, fizemos ligações telefônicas para as 345 operadoras, a fim de nos identificar, explicar a importância da pesquisa e solicitar o endereço eletrônico de algum membro da Diretoria e/ou de

¹ As informações eram relativas a março de 2010.

seu Presidente. Seis operadoras nos informaram que suas atividades tinham sido encerradas², quinze não foram encontradas, e algumas informaram que não se tratava de plano de saúde³.

Feitas estas 21 exclusões iniciais, foi encaminhado o questionário preliminar por meio eletrônico, para 323 operadoras, no dia 09 de setembro de 2010. Imediatamente, recebemos notificação de que 37 endereços eletrônicos estavam equivocados. Refizemos as ligações para estas 37 operadoras e reencaminhamos a elas o questionário, no dia 14 de setembro. Mesmo assim, 9 mensagens persistiram com erros de não recebidas. Portanto, nossa amostra final da primeira fase totalizou 314 operadoras.

Recebemos nas duas semanas seguintes ao envio do questionário, respostas de 33 operadoras. Aproximadamente 20 dias depois, encaminhamos uma segunda solicitação e, em pouco tempo, chegaram mais 10 respostas, totalizando 43 operadoras respondentes à primeira fase da pesquisa – ou 13,7% do total de 314 operadoras contatadas. Para nossa surpresa, presidentes de algumas das maiores operadoras de planos de saúde responderam a nossa pesquisa. Dentre os respondentes, tivemos 25 representantes de cooperativas médicas, 9 de empresas de medicina de grupo, 3 de seguradoras e 6 de autogestões.

Após a obtenção das 43 respostas por meio eletrônico, foi definida uma segunda amostra intencional das operadoras, a fim de levar a cabo a coleta de dados da segunda fase da pesquisa de campo. Para a composição dessa segunda amostra, foi preciso proceder a um recorte mais restrito e estratégico. Era importante abarcar uma diversidade de perfis, priorizando ao mesmo tempo, indivíduos com bastante experiência, conhecimento e autonomia em suas respectivas áreas de atuação. Assim, optamos por entrevistar executivos e dirigentes de alto escalão das operadoras que, na primeira fase, declararam praticar remuneração por desempenho e das maiores operadoras do país, aquelas com mais de 500 mil clientes. Neste grupo de operadoras com mais de 500 mil vidas, entrevistamos 7 dirigentes das 14 empresas listadas no caderno de informações em saúde suplementar da ANS, já que 3 delas pertenciam ao mesmo grupo econômico e daquelas que praticavam remuneração por desempenho, entrevistamos 4 dirigentes das 6 operadoras respondentes (BRASIL, ANS, 2009). Adicionalmente,

² Um exemplo é a operadora cujo registro constava como 307220-ASSOCIAÇÃO SINPACEL.

³ Foi o caso, entre outros, da operadora com registro 331635-P.W HIDROPNEUMÁTICA LTDA.

conversamos com lideranças da categoria médica, representantes de entidades e associações que são referência no setor, como a Associação Médica Brasileira, Associação Paulista de Medicina, o Conselho Regional de Medicina e dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas entre novembro de 2010 e fevereiro de 2011, tendo como base o roteiro que se encontra no ANEXO B e C desta Dissertação. Foram realizadas, no total, 16 entrevistas, 14 pessoalmente e apenas duas por meio eletrônico (email), dependendo da disponibilidade do entrevistado. Os diálogos, com exceção de um, foram gravados e transcritos, para posterior análise, realizada no capítulo 6 desta Dissertação. O quadro 3.1 abaixo oferece uma síntese dos sucessivos recortes amostrais.

Universo total Da pesquisa	Amostra Fase 1 (Sondagem preliminar)	Amostra Fase 2
1085 operadoras de saúde que prestam serviços para 43.196.168 beneficiários	341 operadoras ativas e com mais de 20 mil vidas foram listadas.	5 lideranças médicas (representantes da Associação Paulista de Medicina; Associação Médica Brasileira; Conselho Regional de Medicina e ANS).
	314 diretores de operadoras receberam a sondagem por e-mail.	11 diretores de operadoras de planos de saúde , sendo: - 1 empresa de medicina de grupo - 2 seguradoras - 2 autogestões - 6 cooperativas médicas
	43 responderam: - 3 seguradoras - 6 autogestões - 9 de medicina de grupo - 25 cooperativas	

Quadro 3.1 - Universo da pesquisa e recortes amostrais
“Elaboração própria”

3.2.4 Entrevistas semi-estruturadas

A metodologia qualitativa empregada na segunda fase da pesquisa de campo baseou-se na realização de entrevistas semi-estruturadas. Sampieri *et al* (2006, p. 381) afirmam que “o objetivo das entrevistas é obter respostas sobre o tema, problema ou tópico de interesse nos termos, na linguagem e na perspectiva do entrevistado”. Por meio das entrevistas semi-estruturadas foi possível coletar uma gama de informações sobre as estratégias e práticas de remuneração dos profissionais da saúde.

Em relação às desvantagens das entrevistas, a mais evidente foi a falta de tempo dos entrevistados, devido a seus papéis fundamentais em sua atividade profissional e nas organizações em que atuam. É válido ressaltar que se buscou, a todo momento, minimizar as desvantagens, por meio da adoção de alguns procedimentos sugeridos por Cervo e Bervian (1996, p. 136):

- Planejamento da entrevista, delineando-se cuidadosamente o objetivo a ser alcançado;
- Aquisição, sempre que possível, de conhecimento prévio sobre o entrevistado;
- Marcação com antecedência do local e horário para a entrevista, sabendo-se que qualquer transtorno pode comprometer os resultados da pesquisa;
- Criação de condições adequadas, isto é, uma situação discreta para a entrevista;
- Escolha do entrevistado de acordo com a sua familiaridade ou autoridade em relação ao assunto escolhido.

4. PERFIL DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Uma vez que a discussão sobre modelos de remuneração médica refere-se a um universo bastante particular, convém delinear brevemente seus contornos. Atualmente, o setor suplementar de saúde é responsável pela atenção à saúde de aproximadamente 44.783.766 brasileiros, segundo os dados cadastrais mais recentes, o que corresponde a cerca de um quarto da população do País.

A Resolução – RDC nº 39, de 27/10/2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2000), definiu e classificou as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde no Brasil. De acordo com o Art. 1º:

“Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656/98. Parágrafo Único: Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo” (BRASIL,1998).

Já o Capítulo IV, Art. 10 classifica as operadoras nas seguintes modalidades: a) administradora; b) cooperativa médica; c) cooperativa odontológica; d) autogestão; e) medicina de grupo; f) odontologia de grupo; g) filantropia. As seguradoras, embora não mencionadas na RDC 39, também constituem importante segmento da saúde suplementar, sendo objeto da Lei nº 10.185/01 (BRASIL, 2001). Detalhamos a seguir como funciona cada uma dessas modalidades.

Medicina de Grupo

Define-se uma empresa de medicina de grupo como a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que *“se dedique à prestação de assistência médico-hospitalar mediante contraprestações pecuniárias, sendo vedada*

a cobertura de um só evento; a referida assistência pode ser prestada com recursos próprios ou através de redes credenciadas” (MACERA, SAINTIVE, 2004).

Trata-se da primeira modalidade de operadora a comercializar planos de saúde no Brasil, tendo surgido no ABC paulista, nos anos 1960, para atender aos funcionários e familiares das multinacionais ali instaladas. As maiores empresas de Medicina de Grupo são: Amil, Intermédica, Medial e DixAmico, que combinam rede própria cada vez mais verticalizada e extensa rede credenciada. Na maioria de empresas de Medicina de Grupo os médicos e os prestadores de serviços são assalariados ou credenciados. O Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) fazem a representação legal da modalidade. Atendem a 37% dos usuários de planos de saúde.

Cooperativas médicas e odontológicas

A definição de cooperativa trazida pela Lei 5.764/71 diz em seu artigo 4º:

“As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características: I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços; (...) VI - quórum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital; VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral; VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social (...)”(BRASIL, 1971).

Nesta modalidade de operadora, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço. As cooperativas prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que as sobras de suas operações são divididas entre os cooperados, segundo suas contribuições ao esforço comum (ALMEIDA, 1998).

As cooperativas médicas surgiram no final dos anos 1960, como resposta ao modelo mercantil que se dava à saúde na época. Em 1967, foi fundada a União dos Médicos, a primeira cooperativa médica em Santos-SP. O modelo rapidamente disseminou-se pelo país por meio de nomes como Unimed. Atualmente, o Sistema Unimed é composto por 373 cooperativas singulares, agregadas em Federações, muitas delas com rede própria, tendência para verticalização e extensa rede credenciada. Em dezembro de 2010, as Unimeds atenderam 36% dos beneficiários⁴ de planos de assistência médica no país. As maiores cooperativas médicas são Central Nacional Unimed, Unimed Paulistana, Unimed BH, Unimed Rio.

As cooperativas odontológicas operam exclusivamente planos odontológicos. A primeira foi fundada em Santos, em 1972, com o objetivo de eliminar intermediários na assistência odontológica. Hoje, há grande expressão da Cooperativa Uniodonto, que conta com cerca de 20 mil cirurgiões dentistas cooperados e 130 singulares representadas pela Uniodonto do Brasil.

Autogestões

Operam serviços de assistência à saúde ou responsabilizam-se pelo plano de saúde destinado, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais (MACERA, SAINTIVE, 2004).

Surgiram entre os grandes empregadores, que gerenciam planos próprios para seu grupo de beneficiários mediante contratação de médicos, serviços ou de credenciamento de rede para atendimento. As principais empresas de autogestão são a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a GEAP-Fundação de Seguridade Social. Esta modalidade é representada pela União

⁴ O termo “beneficiário”, utilizado diversas vezes nesta Dissertação, refere-se à pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com uma operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é sempre superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde (ANS, *Caderno de informações em saúde suplementar*).

Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Nesta modalidade não há vistas ao lucro e os médicos e prestadores são credenciados (MACEDO, 2007).

Seguradoras

São sociedades anônimas que podem operar com diversos tipos de seguros, enquadráveis nos ramos elementares, vida e saúde. A legislação brasileira estabelece três especificidades para as seguradoras: a) livre escolha de médicos e hospitais; b) corretagem (seguro somente pode ser vendido via corretor); c) não-acumulação com outras atividades (significa não poder acumular a prestação direta de serviços de saúde)⁵. Além disso, para as seguradoras existe a possibilidade de contratação de resseguro junto ao Instituto de Resseguros do Brasil - IRB (MACERA, SAINTIVE, 2004).

As seguradoras não possuem rede própria de atendimento, contando apenas com uma rede referenciada contratada. São responsáveis pelo *seguro-saúde*, conceito diverso do plano de saúde: aqui, trata-se de planos de custeio, garantindo aos segurados reembolso parcial ou integral de despesas.

Em 12.02.01, a Lei nº 10.185 explicitou a equivalência existente entre os produtos “seguro-saúde” e “plano de saúde”, para efeitos da Lei nº 9.656/98, e obrigou as sociedades que operam este produto a constituírem-se como seguradoras especializadas. Tais medidas subordinaram produtos que se assemelham à planos de saúde e empresas que operam tais produtos à mesma legislação (BRASIL, 1998 e 2001).

As maiores seguradoras do País são Bradesco e Sul América e seu órgão normativo é o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

⁵ Vale notar que, caso a seguradora pertença a um grupo, este pode apresentar uma estrutura verticalizada, eliminando esta restrição legal.

Filantropia

Engloba entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Administradoras

São empresas que administram serviços de assistência à saúde ou planos financiados por operadoras, não assumindo riscos decorrentes desta atividade. Assim sendo, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Odontologia de grupo

Classificam-se nesta modalidade empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se as cooperativas, por entrarem em outra categoria, acima mencionada. Uma das maiores empresas de odontologia de grupo é a Odontoprev.

Dentre as modalidades acima apresentadas, as empresas de medicina de grupo são as mais numerosas (458 operadoras, 28% do total), em seguida são as cooperativas médicas (336 operadoras, 20% do total), depois as autogestões (243 operadoras, 17 % do total), as filantrópicas (95 operadoras, 6% do total) e as seguradoras em último (13 seguradoras, 1% do total).

Observa-se abaixo a Tabela 4.1, com a distribuição de beneficiários por modalidade de assistência médica – com ou sem odontologia – nota-se que a medicina de grupo detém a maior parcela do mercado, seguida pelas cooperativas, e, na sequência, pelas seguradoras, pelas empresas de autogestões e filantrópicas.

Tabela 4.1 – Distribuição de beneficiários por modalidade assistencial no setor suplementar de saúde brasileiro - Setembro de 2010

Modalidade empresarial	Beneficiários	%
Medicina de Grupo	16 567 239	37
Cooperativa Médica	16 041 352	36
Seguradora Especializada em Saúde	5 382 076	12
Autogestão	5 288 105	12
Filantropia	1 504 994	3
Total	44 783 766	100

Fonte: ANS, Cadastro de beneficiários, Setembro de 2010

Nota: Dados trabalhados pelo autor

A receita das operadoras de planos de saúde em 2009 foi de R\$ 64,2 bilhões, um aumento de 8,6% em relação a 2008. As despesas assistenciais foram de R\$ 53,3 bilhões e tiveram crescimento um pouco maior, de 12,2%, aumentando a taxa de sinistralidade⁶ das operadoras. Importante ressaltar que a relação de 2008 para 2007 foi de aproximadamente 23% para receitas e 24% para despesas e de 2007 para 2006 foi de 16% para ambas (BRASIL, ANS, 2010c), conforme mostra a tabela 4.2.

Tabela 4.2- Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras de planos de saúde – Brasil, no período 2003-2010

Ano	Receita de contraprestações	Despesa assistencial
2003	28.029.968.602	22.787.418.682
2004	31.643.358.175	25.759.883.178
2005	36.410.216.776	29.631.319.668
2006	41.161.951.909	32.810.130.414
2007	50.770.874.524	40.896.652.951
2008	59.150.678.029	47.525.727.605
2009	64.210.130.538	53.320.126.551

Fonte: ANS, Caderno de Informações, Setembro de 2010

Vale destacar que, entre as 1085 operadoras de assistência médica em atividade no Brasil, 362 operadoras concentram 90% dos clientes, enquanto as

⁶ Índice de Sinistralidade- Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.

demais, 720 ou 66% do total de operadoras, possuem, em média, menos de dez mil beneficiários, como pode ser observado no gráfico 4.1 (BRASIL, ANS, 2010c). Nos últimos anos, houve várias incorporações, fusões e aquisições neste mercado, mas mantém-se a grande quantidade de pequenas operadoras, bastante vulneráveis, com poucas possibilidades de investimento em estruturação de redes próprias e em tecnologia.

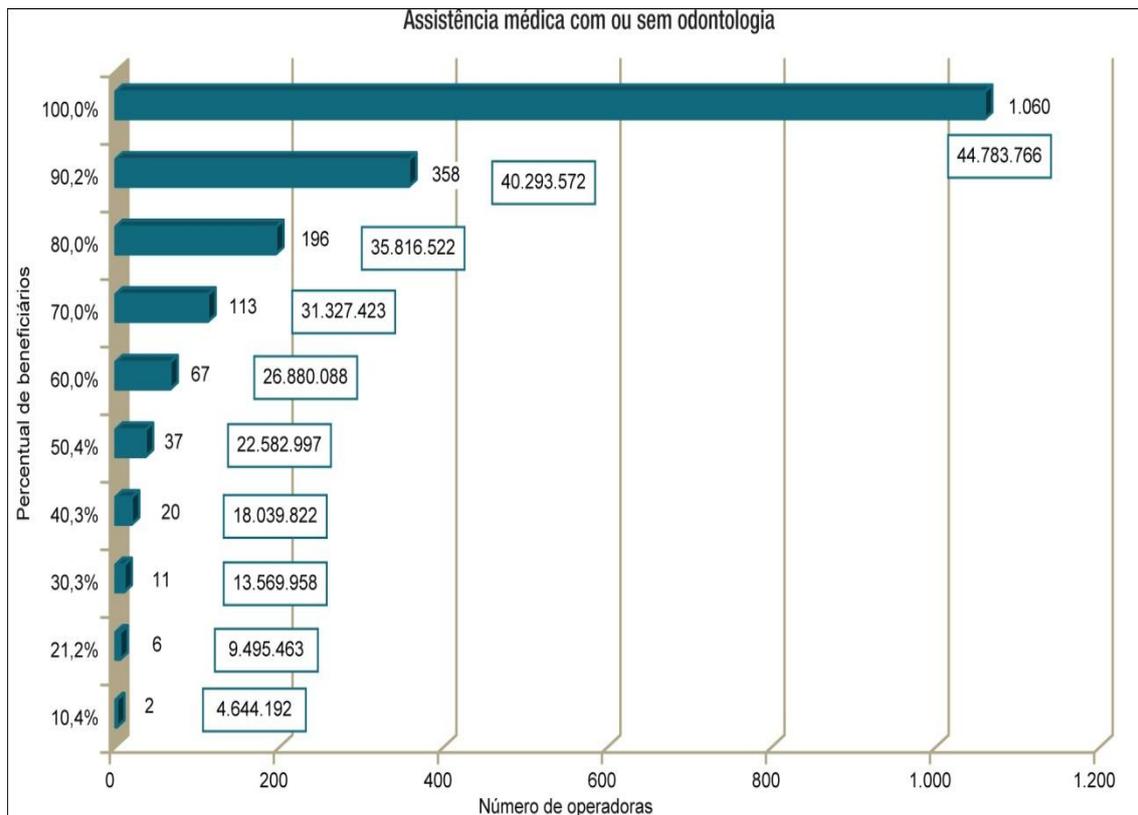


Gráfico 4.1 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras
Fonte: ANS, 2010.

Outro detalhe importante refere-se à faixa etária dos beneficiários. Quando se analisa a pirâmide etária da população brasileira em relação à pirâmide etária da população atendida pelo sistema suplementar, evidencia-se a maior proporção de idosos no sistema suplementar, se comparada à proporção da mesma faixa etária na população em geral (Gráfico 4.2).

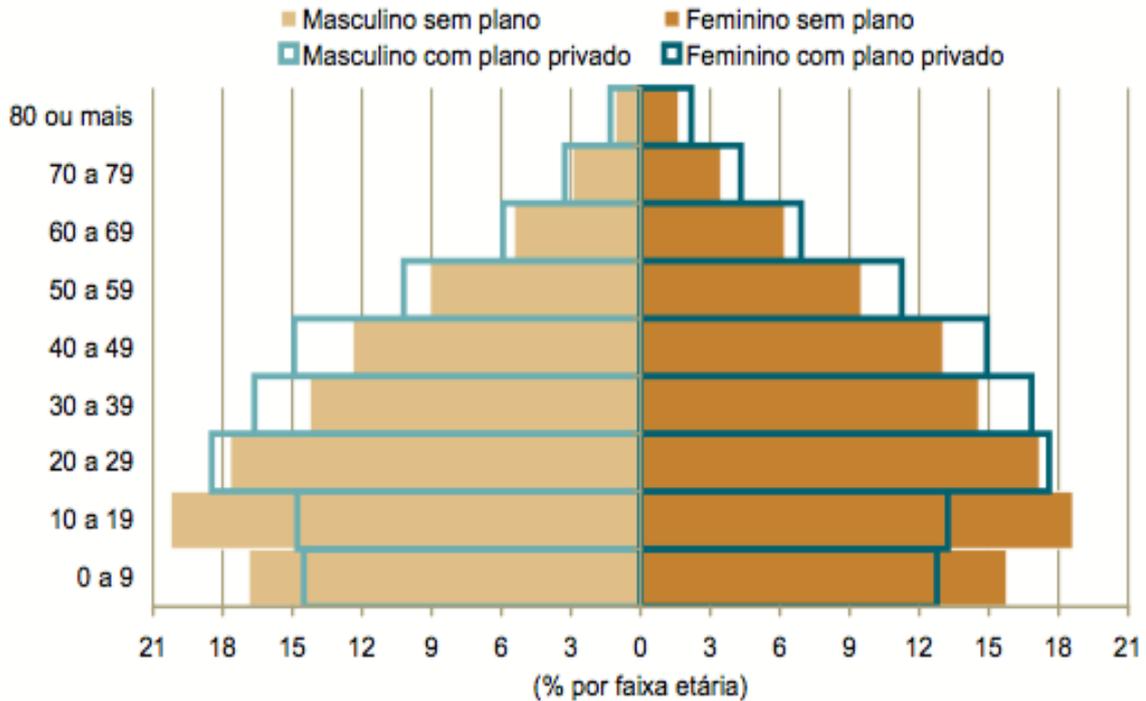


Gráfico 4.2 - Pirâmide da estrutura etária da população Sem Plano e Com Plano privado de assistência médica - Brasil, Setembro de 2008
 Fonte: Suplemento Saúde - PNAD/IBGE 2008

No tocante à distribuição regional, os beneficiários de planos de saúde estão concentrados nas áreas com maior renda *per capita* e emprego, com tendência de concentração da cobertura para os trabalhadores de médias e grandes empresas. Segundo dados recentes da ANS, a média nacional é de 24,11% da população brasileira coberta por planos de assistência médica suplementar. O Sudeste concentra 36% dos beneficiários de planos de assistência médica no país. No Estado de São Paulo, 43% da população é usuária de planos de saúde, seguido pelo Rio de Janeiro com 36% e Espírito Santo com 31,5%. Interessante observar que aproximadamente 25% deste universo está concentrado em grandes cidades e as capitais de São Paulo e Rio de Janeiro tem, juntas, quase 10 milhões de beneficiários (BRASIL, ANS, 2010c).

Por fim, há duas outras características do setor suplementar de saúde que merecem ser destacadas: a presença do risco moral e da seleção adversa. O risco moral (*moral hazard*) refere-se ao fato de que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde, do que se tivessem que pagar como clientes individuais particulares a cada vez. E, normalmente, expõem-se também a riscos maiores do que fariam se não tivessem tal cobertura garantida.

Como as faturas são pagas pelo governo ou pelas operadas privadas, os usuários dos serviços de saúde não têm consciência, nem controle sobre os custos efetivos dos serviços que utilizaram ou então desejam utilizá-los o máximo possível, com a sensação de estarem tirando pleno proveito de algo a que têm direito (ALMEIDA, 1998; BANCHER, 2004).

Já a seleção adversa (*adverse selection*) é uma falha de mercado bastante presente no setor de saúde suplementar brasileiro inerente à própria natureza da atividade. Refere-se ao fato de que, normalmente, indivíduos com mais chances de precisar consumir serviços de saúde - doentes crônicos, pacientes com riscos - são justamente aqueles que irão contratá-los. Justamente para diluir tais riscos e perdas é que as apólices e contratos coletivos costumam predominar em relação aos individuais, conforme apontou BAHIA em seu estudo: "*Nos contratos coletivos os riscos, para as seguradoras, de seleção adversa e moral hazard são minimizados, paradoxalmente, em função da menor voluntariedade na procura do seguro*" (BAHIA, 1999).

5. FORMAS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Vários países do mundo, tais como Canadá, França, Alemanha, Austrália, entre outros, têm considerado o crescente custo com a saúde como um problema nacional. O processo é ilustrado pelo Gráfico 5.1:

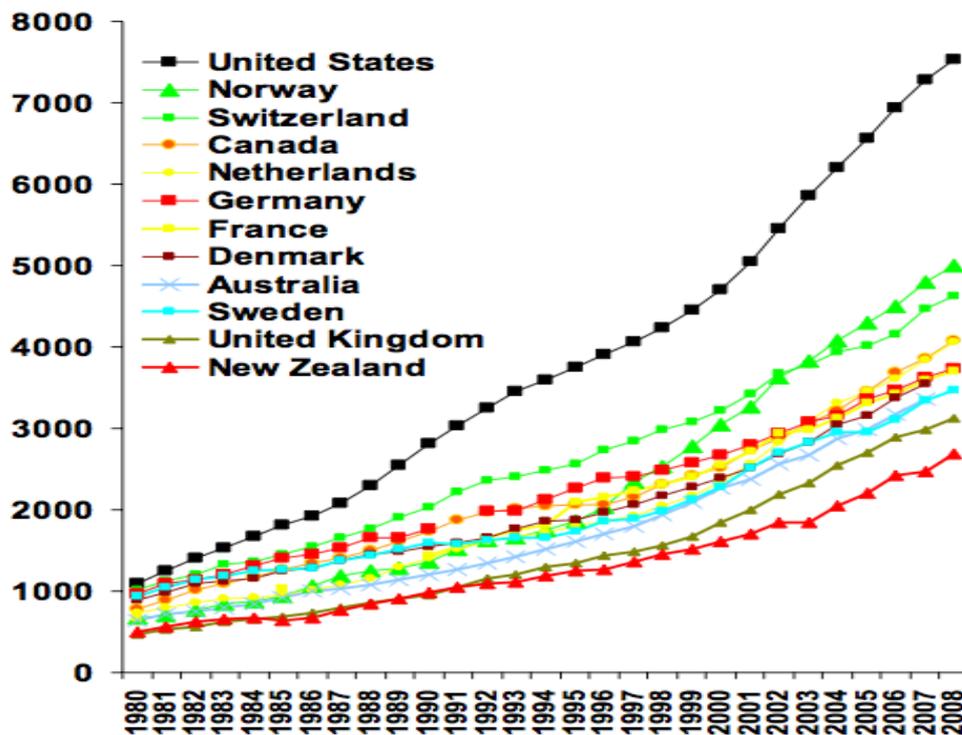


Gráfico 5.1 - Média de gastos com assistência médica per capita em US\$, período 1980-2008

Fontes: *Commonwealth Fund* (2011).

Os Estados Unidos vêm em primeiro lugar nos gastos *per capita* com cuidados à saúde, mas fazem parte da faixa de 25% dos países com menor expectativa de vida, dentre os 31 mais ricos do mundo que integram a Organização para o Desenvolvimento e Cooperação Econômica (*OECD*, 2010).

Apesar de o sistema de saúde norte-americano ser o que mais gasta, um estudo do Institute of Medicine, de 2001, revelou que, dez anos atrás, já havia a preocupação de se definir uma estratégia para realizar mudanças nesse sistema, já que a frustração de pacientes e médicos com a atenção à saúde nunca atingira

níveis tão elevados. De acordo com o estudo, ocorriam falhas freqüentes, não se percebiam benefícios e, além disso, ficava cada vez mais claro que os americanos deveriam receber cuidados de saúde de acordo com suas necessidades e baseados nos melhores conhecimentos científicos disponíveis. Outros trabalhos também apontaram a gravidade do problema e a existência de um abismo entre a qualidade da atenção à saúde encontrada e o que poderia ser proporcionado ao cidadão norte-americano (SCHUSTER ; MCGLYNN ; BROOK ,1998; IOM, 2001).

Portanto, altos custos em saúde não significam que os pacientes estejam recebendo cuidados efetivos, preventivos e baseados em evidência científica, de modo a obter os melhores resultados para sua saúde. Um estudo feito por McGlynn em 2003 concluiu que, em média, adultos americanos recebiam apenas 55% dos cuidados recomendados, incluindo visitas médicas regulares, retornos e orientação adequada para doenças crônicas, tais como diabetes e asma.

Preconiza-se – e isso vale não apenas para o caso norte-americano – que os serviços de saúde devem se preocupar com as seguintes dimensões de qualidade: segurança, eficácia, acesso oportuno e eficiência com foco no cliente, provendo um cuidado atencioso e sensível às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e garantindo que esses valores sejam um guia para todas as decisões clínicas tomadas (IOM, 2001). Porém, os métodos atuais de pagamento de serviços não suportam adequadamente tais dimensões da qualidade.

Apesar de o pagamento não ser o único fator que influencia o comportamento dos diferentes *stakeholders*, é um dos mais importantes. Com efeito, políticas de pagamento exercem forte influência nas organizações e nos profissionais responsáveis por oferecer o cuidado à saúde. É necessário que estas políticas estejam alinhadas a fim de encorajar e viabilizar a melhoria da qualidade e eliminar as barreiras financeiras que podem criar obstáculos significativos a este objetivo. Mesmo entre profissionais de saúde motivados a prover a melhor atenção à saúde possível, a estrutura de remuneração pode não facilitar as ações necessárias e até frustrar ações deste tipo (GENE-BADIA, 2007; WRANIK et al, 2010).

As formas de remuneração devem proporcionar pagamento justo para o manejo clínico em todos os grupos de pacientes atendidos, oferecer oportunidades para os fornecedores compartilharem os benefícios do aumento da qualidade e para os consumidores reconhecerem as diferenças nos cuidados de saúde que orientarão suas decisões. Devem ainda prever incentivos financeiros baseados nas melhores

práticas, que permitam alcançar resultados eficazes. Incrementos substanciais na qualidade têm maior probabilidade de serem obtidos quando os provedores de serviços estão motivados e são recompensados pela elaboração minuciosa de cuidados e processos com elevados níveis de segurança, eficácia, pontualidade, eficiência e equidade – sempre focadas nas necessidades dos pacientes e visando à redução da fragmentação do cuidado (WRANIK et al, 2010; CHAIX-COUTURIER et al, 2000; IOM, 2007).

Atualmente, nenhum método de pagamento alinha satisfatoriamente os incentivos financeiros com as metas de melhoria dos indicadores de qualidade relativos a todos os envolvidos nos cuidados da atenção à saúde, ou seja, médicos, hospitais e pacientes (ROBINSON, 2001). Por isso mesmo, faz-se necessário discutir as limitações dos formatos de remuneração existentes, bem como modelos alternativos que eventualmente possam ser implantados e que permitam, não somente atingir os patamares de qualidade mencionados acima, como também alcançar níveis de remuneração que satisfaçam os *stakeholders*.

5.1 Remuneração

Antigamente a remuneração médica chamava-se “honorário” (em latim, significa reconhecimento), como herança da medicina Hipocrática, quando o paciente era quem dizia quanto valiam os honorários médicos, relacionado com seu grau de agradecimento e de acordo com sua capacidade econômica (URQUIZA, 2010).

Segundo Hipolito, remuneração pode ser:

“Mais que o poder de compra ou o padrão de vida que o salário ou outras formas de recompensa financeira proporcionam: sua importância está atrelada a um valor simbólico, que representa quanto o individuo vale para a organização. É esse caráter simbólico que reforça a importância de uma relação próxima entre aquilo que a organização valoriza ou quer estimular em seus profissionais e a prática de recompensas, de incentivos a comportamentos e ações que agreguem valor. O fato de o montante distribuído a título de

recompensa representar, na maior parte dos casos, parcela significativa do total de dispêndio das empresas realça a necessidade de alinhá-lo à contribuição dos profissionais para a organização, de forma a não gerar desequilíbrio entre a estrutura compensatória vigente e os resultados obtidos em sua prática". (HIPOLITO, 2002).

Um sistema de remuneração consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas, comportando formas variadas. Sejam quais forem os princípios que norteiam sua elaboração, trata-se de uma forma de controlar o comportamento dos membros da organização, com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, esse é um modo de garantir que a empresa realize suas tarefas de tal maneira que possa alcançar seus objetivos (CHERCHIGLIA, 1994).

Diversos modelos de remuneração buscam nas teorias organizacionais e comportamentais os melhores incentivos – financeiros ou não – para se obter o resultado esperado.

Ainda segundo a mesma autora, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece dois principais sistemas de remuneração:

- Remuneração por resultado - sistema no qual os ganhos variam segundo o tipo, quantidade e qualidade dos serviços produzidos, enfatizando produtos ou resultados individuais ou coletivos, que podem ser expressos em termos de ato, caso tratado ou pessoa atendida.
- Remuneração por tempo - o ganho é em função do tempo em que o trabalhador está à disposição do empregador. Não existe uma relação explícita, formal e previamente estabelecida entre remuneração e volume de produtos produzidos (CHERCHIGLIA, 2002).

Outra maneira de classificar modelos de remuneração é em decorrência do tempo em que ocorre o pagamento (ANDREAZZI, 2003):

- Prospectiva - em que é calculado um valor prévio, independente da produção, com base em variados critérios, em geral, populacionais. Conhece-se o total da remuneração previamente (pré-pagamento). As formas de capitação e assalariamento são as mais freqüentes nesta forma de remuneração que

busca redirecionar o enfoque para a atenção à saúde da população, por meio do compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde.

- Retrospectiva: a remuneração ocorre após a realização efetiva dos serviços (pós-pagamento). Representado pelo modelo de remuneração por procedimento ou *fee for service*.
- Esquemas mistos em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

5.2 Formas de Remuneração

As formas de remuneração de honorários médicos mais freqüentes no contexto brasileiro são: pagamento por procedimento ou *fee for service* (FFS); capitation; salário; e, mais recentemente, a remuneração por "pacotes", que consiste na inclusão dos honorários médicos em um montante pré-fixado de procedimentos e insumos. O pagamento por desempenho tem crescido no exterior e aos poucos começa a suscitar projetos-pilotos e discussões também no Brasil. O presente capítulo apresenta estas cinco formas de remuneração do trabalho médico. Não temos, aqui, a pretensão de esgotar o assunto, uma vez que existem outras modalidades de pagamento no mercado internacional. A intenção é apenas tecer um pano de fundo conceitual sobre o qual o próximo capítulo, com análises de entrevistas, ganhará contornos mais nítidos.

5.2.1 Por Procedimento ou *fee for service*

É um sistema de pagamento realizado de forma retrospectiva ou de pós-pagamento, tradicionalmente mais utilizado para a remuneração do trabalho médico e dos serviços hospitalares. É uma forma de pagamento por procedimento individual, item a item.

Do ponto de vista profissional, este modelo tem a justificativa de garantir uma preocupação integral do médico com o paciente, permitindo ofertar-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, já que o pagamento será realizado após a prestação do serviço (JEGERS, 2002). Porém, ele quebra a lógica da integralidade das ações de saúde e não estimula o comportamento preventivo dos serviços de saúde, levando o médico a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado (MEDICI, 1995).

Tem como vantagens alta produtividade, alta satisfação dos médicos, favorece a boa relação médico-paciente e o cálculo da remuneração é relativamente simples (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1997). Está implícito nessa forma de remuneração a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos realizados e, se os preços dos atos médicos passam a ser controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos (MEDICI, 1995).

Suas desvantagens consistem em facilitar a sobre-utilização, incentivar o superfaturamento, não favorecer práticas como a promoção e prevenção da saúde, associar-se com uma distribuição desigual dos médicos em relação às suas especialidades com concentração em áreas de maior rentabilidade, estimular o fazer sem relação com a real necessidade da ação, aumentar o número de consultas e procedimentos e diminuir a duração dos mesmos (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1997).

No hospital, o modelo de remuneração item a item ocorre com base em uma tabela composta de diárias, taxas de sala, procedimentos de enfermagem, taxas de uso de equipamentos, gasoterapia, etc., além de materiais de consumo e medicamentos utilizados durante a prestação do serviço, bem como honorários médicos, exames e tratamentos realizados durante o atendimento ao paciente internado. Não há controle sobre a quantidade de serviços realizados e quanto mais serviços são executados, maiores são os valores das contas hospitalares.

O modelo FFS não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais, não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente (GOSDEN et al, 2001).

Encontram-se na literatura vários estudos que mostram maior demanda por serviços e procedimentos por parte dos médicos do que seria necessário (DEVLIN; SARMA, 2008) e, em muitos casos, os médicos atendem um número grande de pacientes e negligenciam outras tarefas, tais como a qualidade do cuidado ou as obrigações administrativas. Sorensen e Grytten (2003) mostram que os médicos pagos por regime de FFS realizam um alto número de visitas e que, quando comparados aos médicos assalariados, aumentam a produtividade do serviço, em média, de 20 a 40%. Um estudo randomizado conduzido por Hickson, Altemeir e Perrin (1987) com alguns pediatras alocados em um grupo assalariado e outros em regime de FFS, mostrou aumento de número de consultas em 22% no grupo FFS. Ademais, muitos autores têm apontado o fenômeno de indução de demanda e sua manipulação pelo médico neste modelo de remuneração (CARLSEN; GRYTEN, 2000; RESCHOVSKY et al, 2006).

Além disso, favorece o uso de alta tecnologia e os níveis secundário e terciário de atenção, os quais agregam maior valor ao ato médico. Segundo Medici:

“Requer fortes mecanismos de controle, administração, fiscalização e avaliação, especialmente quando estas estratégias estão calcadas no sistema de terceiro pagador. A questão do terceiro pagador tem sido uma das mais freqüentes formas de organização de sistemas públicos ou privados de saúde baseados nos mecanismos de seguro. Nesse caso, quem presta o serviço ao cliente não recebe recursos repassados por ele, mas sim por um terceiro agente, ou uma companhia de seguros ou por uma operadora de planos de saúde. Este tipo de mecanismo, utilizado em vários países da América Latina, é bastante propício à existência de fraudes, pois quem recebeu o serviço não está interessado em saber quanto foi pago por ele, o que dá margem ao superfaturamento ou à alteração fraudulenta da própria natureza dos serviços, visando o benefício ilícito do prestador” (MEDICI, 1995, p.61).

Em suma, neste tipo de remuneração há a tendência de produção excessiva, indução desnecessária de atos realizados, pois a renda do profissional médico está atrelada à quantidade de serviços realizados (quanto mais faço, mais ganho) e se houver ausência de restrição ética ou moral ou regulação externa, poderia haver a tendência de se produzir mais serviços do que o necessário com riscos ao paciente (GOMES, 2010).

5.2.2 Capitação ou capitation

Método de remuneração prospectiva que busca redirecionar o enfoque para atenção à saúde da população, por meio do compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde, pouco utilizado em nosso meio, a capitação é mais freqüente nas *Health Management Organizations* (HMO's) instituições norte-americanas que dispõem de um médico generalista - *managed care* - para atender a determinados grupos populacionais mediante o pagamento de preços fixados de acordo com a quantidade de pessoas, por determinado período de tempo independente do tipo e da quantidade de serviços prestados. A fonte pagadora tem previsibilidade de despesas (ESCRIVÃO JR.; KOYAMA, F., 2007). O médico deve gerenciar a utilização dos serviços e há interesse por parte dele em eliminar os exames e procedimentos desnecessários, bem como em incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde para diminuir a utilização de serviços e permitir a continuidade da atenção (JEGERS, 2002).

Neste modelo, freqüentemente, verificam-se a subutilização de cuidados necessários (consultas de rotina, retornos, exames, internações, etc.) e a seleção adversa de risco, pois se buscam os pacientes de menor custo, em detrimento daqueles de maior custo. Evita-se encaminhar para especialistas com vistas à maximização de ganhos (ROBINSON, 2001). O médico prefere utilizar os recursos mais baratos possíveis, e nem sempre proporciona todo o cuidado necessário (BALZAN, 2000). Há preferência por pacientes de baixo custo, para redução de procedimentos e retenção dos pacientes sem encaminhamento ao especialista mesmo quando necessário, com vistas a reter sobras financeiras no final do período (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1997).

5.2.3 Salário

Outra forma de remuneração prospectiva é a forma de pagamento clássico, pago como contraprestação dos serviços executados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da

relação formal de trabalho, tais como férias, décimo terceiro salário, etc. A remuneração independe da produção de serviços. Ocorre principalmente no caso de serviços prestados em locais fechados de hospitais, como unidades de terapia intensiva, prontos-socorros, e unidades de diagnóstico, por exemplo, clínicas de imagem. Em nosso país, é também freqüente nos ambulatórios das operadoras de medicinas de grupo.

Gosden et al. (2001) concluem que a remuneração assalariada está comumente associada a um baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos, e encaminhamentos para especialistas, porém observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos. Não há incentivo à produtividade, há redução da carga de trabalho individual, percepção de baixos salários se traduz em diminuição efetiva da jornada de trabalho, não há favorecimento da relação médico-paciente e ocorre aumento do peso relativo dos custos fixos (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1997).

Gawande (2009) cita os exemplos de alguns serviços americanos, por exemplo, a Mayo Clinic, um dos serviços de saúde de mais alta qualidade e menor custo nos Estados Unidos, que tiveram muito sucesso em instituir a forma de remunerar por salário, após mudança de sua política assistencial quando decidiu focar a atenção ao paciente e não o aumento da renda individual do médico.

Nesta modalidade de remuneração há maior estabilidade com menores riscos ao médico e é pouco provável que haja tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias (GOMES, 2010).

5.2.4 Pacote

Outra forma usual de pagamento é o pacote, que fixa o preço de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos e transfere para o prestador o risco de custos adicionais ao valor fixado. O prestador tem maior participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante. Vários serviços, diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos podem compor um pacote com preço fixo, o qual, geralmente, é utilizado para contratar prestadores

hospitalares em determinados tipos de procedimentos. A crítica é que a razão para tal integração foca-se fundamentalmente na redução de custos e não na melhoria do valor ao cliente final. Atualmente é comum a pressão das fontes pagadores sobre os hospitais por custos mais baixos, com o risco de descredenciá-los, e os pacotes são uma maneira de viabilizar o sistema com custos mais baixos, com previsibilidade e compartilhamento de riscos (OKAZAKI, 2006).

A operadora tem melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento acordado. Trata-se então de um preço pré-estabelecido por procedimento. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, reduz custos e praticamente elimina os conflitos do sistema de cobrança e pagamento.

Todo e qualquer movimento para a remuneração prospectiva aumenta os incentivos para subtratamentos e seleção de riscos. Todo movimento compensatório para remuneração retrospectiva reforça o tradicional estímulo a práticas inconseqüentes de gastos (ROBINSON, 2001).

5.2.5 Por desempenho ou performance (P4P)

Muito tem se falado sobre remuneração por *performance*, há grande quantidade de estudos publicados sobre o tema e se faz necessário tentar definir minimamente este conceito. Segundo Escrivão Junior:

“(...) qualidade é um termo abstrato que vem sendo definido ao longo do tempo de distintas formas decorrentes das necessidades das organizações e dos objetivos dos avaliadores. As definições mais recentes tendem a complementar as mais antigas, podendo esse termo ser entendido como excelência, como valor, como conformidade a critérios definidos e como satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Não existe consenso na literatura quanto à definição e classificação dos indicadores de qualidade, sendo possível identificar uma tendência de se fazer uma distinção entre as dimensões estrutura, processo e resultados da qualidade, seguindo a clássica formulação de Donabedian” (Escrivão Jr.,2007).

Abicalaffe (2010) propõe um modelo de remuneração por *performance* baseado na qualidade da assistência à saúde dos pacientes com definição de indicadores baseado em 4 domínios: estrutura, eficiência técnica, efetividade do cuidado e satisfação do cliente. Em estrutura, contemplam-se indicadores de recursos humanos, de tecnologia e registros eletrônicos; em eficiência técnica, definem-se indicadores essencialmente relacionados a processos, custos, utilização de protocolos clínicos, dentre outros; em efetividade do cuidado, relacionam-se indicadores de resultado, de práticas clínicas e de medicina preventiva e, em satisfação do cliente, considera-se a percepção do cliente quanto ao atendimento.

As premissas básicas que precisam ser consideradas na organização de um programa baseado em desempenho são: foco no paciente; envolvimento dos médicos na construção e no desenho do programa; participação voluntária; indicadores baseados em sólida evidência científica e premiação pela alta qualidade do cuidado (GOMES, 2010). Os incentivos aos médicos podem ser financeiros ou não e todo o programa, bem como os critérios de premiação, precisam ser transparentes.

O programa demanda, por isso mesmo, uma infra-estrutura tecnológica eficiente, para a análise adequada das informações obtidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas nos indicadores de saúde – sem comprometer o sigilo médico.

Nessa modalidade, os prestadores recebem um pagamento de base e, quando alcançam determinados *benchmarks*⁷ para medidas de processos do cuidado prestado e para medidas de resultados do cuidado ao paciente, recebem adicionalmente certas recompensas. Isso pode incluir o pagamento de incentivos financeiros e a classificação da qualidade de prestadores específicos. As classificações são transparentes para os consumidores e podem influenciar a escolha do prestador. Os incentivos, dessa forma, encorajam os médicos a atingirem os padrões de cuidados delineados em medidas de desempenho (GREENE; NASH, 2009).

Programas de remuneração por desempenho têm potencial para melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde, e para diminuir os obstáculos entre

⁷*Benchmarks*- Tem como objetivo realizar comparações entre referências de processos, práticas ou medidas de desempenho (satisfação do cliente, motivação dos empregados, resultados da empresa etc.) entre organizações, para levá-las a níveis de superioridade e vantagem competitiva.

os protocolos recomendados e aqueles tratamentos utilizados rotineiramente na prática diária. São também úteis para promover um uso mais eficiente dos recursos destinados à saúde e melhorar os resultados aos pacientes. Tais métodos oferecem incentivos à qualidade e não à quantidade de serviço (GLICKMAN; PETERSON, 2009).

Nos Estados Unidos, um quarto dos 1587 grupos e associações médicas independentes (IPAs) com 20 ou mais médicos paga seus profissionais por bases retrospectivas, *fee for service*. Aproximadamente outro quarto dos médicos é pago por bases prospectivas, capitação ou salário, e a outra metade por métodos mistos retrospectivos e prospectivos, procurando alinhar incentivos baseados em indicadores de desempenho (ROBINSON et al, 2004).

Mais da metade das 252 *Health Maintenance Organizations* (HMOs), de 41 áreas metropolitanas dos Estados Unidos, com mais de 80% dos beneficiários atendidos naquele mercado, utilizam métodos de pagamento por *performance* em seus contratos, sendo que 90% delas têm programas para médicos e 38% programas para hospitais (ROSENTHAL et al, 2006).

No estado da Califórnia, um estudo com oito planos de saúde privados que utilizam métodos de remuneração por desempenho com 11,5 milhões de clientes, avaliou 68 indicadores em cinco domínios: houve 2% de bônus para pagamento de médicos, de 2003 a 2007. Foi constatada também uma melhora de 3%, anualmente, nos indicadores de qualidade, porém sem elevação dos indicadores de satisfação dos clientes (CHRISTIANSON; LEATHERMAN; SUTHERLAND, 2008; ROBINSON et al, 2009).

Dezenove países que compõem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), entidade que congrega 31 nações desenvolvidas com alta renda, possuem programas de P4P, ao passo que os demais mantêm programas de incentivos aos médicos que apresentam indicadores de melhoria baseados em protocolos ou *guidelines*, como mostram os quadros 5.1 e 5.2 (OECD, 2009).

Pagamento de bônus	País
Médicos de atenção primária (PCP)	Austrália, Hungria, Itália, Nova Zelândia, Portugal
Hospitais	Luxemburgo
PCP e especialistas	Rep. Checa, Polônia e Espanha
Especialistas e hospitais	Eslováquia
PCP, especialistas, e hospitais	Belgica, Japão, Turquia, Inglaterra, Estados Unidos

Quadro 5.1 - Pagamento de bônus em países da *OECD*

Fonte: *OECD Survey on Health System Characteristics 2008-2009* (inclui EUA)

Tipos de incentivos ao cumprimento de protocolos	País
Incentivos Financeiros	Austrália, Dinamarca, França, Inglaterra, Estados Unidos
Monitorização efetiva	Bélgica, Irlanda, Japão, Holanda, Portugal
Indicadores de qualidade	Canadá, Rep. Checa, Grécia, México, Noruega, Polônia

Quadro 5.2 - Incentivos aos médicos em países da *OECD*

Fonte: *OECD Survey on Health System Characteristics 2008-2009* (inclui EUA)

Pesquisas em mais de vinte países em desenvolvimento, na África e na Ásia, também mostram projetos de P4P em andamento, os quais, por meio de incentivos financeiros que encorajam a trabalhar em direção a resultados acordados, podem ajudar a resolver desafios como o aumento do acesso e da qualidade e da utilização de serviços de saúde (USAID, 2010). No *National Health Service* (NHS), serviço público inglês, 25% do ganho dos médicos advêm de incentivos baseados na qualidade da atenção médica, medida, desde 2004, por 86 indicadores de resultados clínicos, 56 de qualidade organizacional e 4 de satisfação do paciente (MEDDINGS; McMAHON, 2008).

Os programas de remuneração por desempenho têm crescido muito em vários países, porém, alguns autores notaram que, apesar dos prestadores reagirem a incentivos, não encontraram evidências de grande melhoria na qualidade do atendimento ou de outros aspectos do cuidado. Além disso, colocam em dúvida a promessa inicial deste modelo de remuneração ser um mecanismo transformador para aumentar a qualidade geral do sistema de saúde americano, mas fazem ressalvas alegando que, apesar de não terem encontrado provas conclusivas de repercussões negativas, futuros estudos deverão ser desenvolvidos e analisados com cautela (MULLEN; FRANK; ROSENTHAL, 2008).

Mais recentemente, Greene e Nash (2009); Van Herck et al (2010) fizeram revisões sistemáticas e concluíram que os programas de remuneração por desempenho tem grande potencial para melhorar a qualidade do cuidado quando bem desenhados e alinhados entre pagadores e prestadores, além de promoverem melhoria acentuada na relação médico-paciente e diminuição dos gastos com saúde.

Por um lado, a qualidade clínica isoladamente e o cuidado centrado no paciente podem levar a dificuldades econômicas nos sistemas de saúde. Por outro lado, o foco na eficiência econômica pode incentivar práticas de contenção de custos agressivas que comprometam a qualidade da atenção e as preferências do paciente. Portanto, é necessário encontrar o equilíbrio entre estas duas facetas, para atender, simultaneamente, aos valores da saúde e às restrições orçamentárias (IOM, 2007). Daí a importância de se estudarem métodos alternativos de pagamento que atendam todas as dimensões da atenção à saúde com foco no cliente, com o objetivo de promover cuidados de elevado nível e, ao mesmo tempo, garantir equilíbrio orçamentário de forma responsável.

Na literatura analisada, não foram encontrados muitos autores que estudassem a remuneração do trabalho médico em nosso meio. Acredita-se que exista forte probabilidade de o modelo *fee for service* ser predominante e há interesse em avaliar se existem tendências para mudanças para outras formas de remuneração. É o que será verificado nesta pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em primeiro lugar, é preciso ressaltar que, ao contrário do que costuma acontecer quando se tenta agendar entrevistas para uma pesquisa, a receptividade dos entrevistados foi excepcionalmente positiva, provavelmente por se tratar de um assunto controverso, mal resolvido e sobre o qual há muito pouco material escrito e publicado.

O procedimento de organização adotado nas páginas que se seguem pautou-se no agrupamento de trechos dos depoimentos, de acordo com seis eixos temáticos que se revelaram os mais recorrentes e pertinentes para a questão em tela:

- As razões da predominância do modelo *fee for service*;
- As tendências para modificação dos modelos de remuneração;
- O trabalho médico e a influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos;
- A relação entre remuneração do trabalho médico e qualidade dos serviços oferecidos;
- A viabilidade da implantação de modelos de remuneração por performance no Brasil;
- A demanda por um amplo debate.

Vale informar, ainda, que os nomes dos entrevistados foram suprimidos e substituídos por alcunhas genéricas, os diretores e/ou presidentes de operadoras foram tratados como “Dirigentes” e os representantes das Associações Médicas, Conselho Regional de Medicina e do órgão regulador (ANS), como “Lideranças”, a fim de preservar o anonimato dos sujeitos que se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa.

6.1 A predominância do modelo *fee for service*

Já na Fase 1 desta pesquisa foi possível constatar que as operadoras pagam principalmente por procedimento, sendo que 28 das respondentes pagam exclusivamente por procedimento; 8 operadoras, além do procedimento utilizam adicionalmente a remuneração por salário; 2 seguradoras remuneram por procedimento e também por pacotes e 6 empresas afirmam que, além de pagar por procedimento, possuem modelos de remuneração por desempenho. Uma única empresa de medicina de grupo paga exclusivamente por *capitation* e uma segunda remunera por *capitation* e salário.

Logo, no grupo perguntado, a imensa maioria que respondeu à Fase 1 remunera os médicos por procedimento, ou seja, pelo modelo *fee for service*: 41 de 43 operadoras, o que equivale a 95% da amostra analisada na primeira fase da pesquisa. Esses dados podem ser melhor visualizados na tabela abaixo.

Tabela 6.1 - Modalidades de operadoras e formas de remuneração encontradas na Fase 1

	Medicina de Grupo	Seguradora	Autogestão	Cooperativa	Total
Fee-for-service	4		5	19	28
Capitation	1				1
Capitation e Salário	1				1
Fee-for-service e Salário	2		1	2	5
Fee-for-service e Pacotes		2			2
Fee-for-service e Performance		1		3	4
Fee-for-service, Salário e Performance	1			1	2
Total	9	3	6	25	43

“Elaboração própria”

Os resultados da pesquisa mostram nitidamente a predominância do modelo de remuneração por procedimento, independentemente da modalidade da operadora, e, em algumas operadoras, este é o modelo exclusivo de remuneração:

“(...) Os serviços são para médicos credenciados e hospitais, grande parte destes pagamentos, mais de 90%, são de fee for service” .

“O modelo predominante na cooperativa é o modelo de pagamento chamado fee-for-service, nós pagamos por cada procedimento, por cada ato médico que é realizado pelo cooperado” .

“(...) Eu acredito e tenho a convicção que a grande maioria ainda paga por fee for service, por procedimento” .

“[Realizamos] pagamento por procedimento, como as demais operadoras”.

Foi encontrado modelo de remuneração *fee for service* associado ao pacote. A forma de remunerar por procedimento é preponderante apenas no que concerne às consultas e exames, pois, no que tange aos procedimentos clínicos e cirúrgicos em regimes de internação, costuma-se pagar por pacote:

“Sim e não. O modelo preponderante é fee-for-service quando se fala de consultas e grande parte de exames. Quando se fala de procedimentos clínicos, cirúrgicos em regimes de internação, hoje nós temos uma parte substancial do nosso negócio pago por pacote, isto é conjunto de procedimentos que são englobados numa mesma conta, principalmente para os grandes hospitais do país em que a nossa empresa já fez acordo de pacotes para grande parte dos procedimentos”.

Outro resultado que foge à regra são os programas mistos de remuneração. Num primeiro tipo, os médicos recebem um salário fixo mais uma parte variável, que pode chegar a 30%, dependente do seu desempenho:

“Estamos iniciando um modelo de remuneração por desempenho, ainda incipiente. Nos ambulatórios temos alguns médicos que recebem fixo mais variável. O variável depende da performance dele. Neste grupo temos médicos que cuidam de pacientes com doenças crônicas, e são avaliados trimestralmente e de acordo com seu

desempenho em algumas dimensões eles recebem 30% do salário de forma variável”.

Outro modelo misto encontrado na pesquisa combina o *fee for service* com algum indicador de resultado ou desempenho:

“O modelo predominante na cooperativa é o modelo de pagamento chamado fee for service (...). Mais recentemente, a cooperativa vem introduzindo modelos onde a gente busca, ou remunerar pela execução por algum processo que seja de interesse da cooperativa, ou nós remuneramos por algum desfecho”.

Em síntese, observa-se que praticamente todas as operadoras pesquisadas remuneram os honorários médicos por procedimento ou serviço executado. Paralelamente, nota-se a vigência de formas de remuneração mistas em cinco das onze empresas entrevistadas. Em duas seguradoras e em uma autogestão, encontra-se, além do tradicional *fee for service* o modelo adicional de remuneração por pacote, para pacientes internados ou que serão submetidos a cirurgias e procedimentos eletivos. Uma das cooperativas iniciou um modelo de remuneração que pode ser considerada por desempenho, pois leva em conta alguns itens de processo e/ou resultado. Por fim, em uma empresa de medicina de grupo, além do pagamento por procedimento, há a introdução do modelo de remuneração por desempenho em alguns setores da operadora, ao passo que em outros setores paga-se por salário.

Vale notar que certos setores dessa empresa de medicina de grupo, como o atendimento a pacientes crônicos e determinadas áreas cirúrgicas, possuem toda uma instrumentalização que permite a coleta de dados para a composição de informações, a análise dos processos e resultados que embasam a remuneração por desempenho. O entrevistado afirma que em cerca de 50% dos serviços prestados há análise de indicadores de qualidade, resultado e satisfação do cliente . Muitos dos entrevistados fazem críticas contundentes e sérias ressalvas ao modelo *fee for service*, apesar de terem respondido que este é o modelo de remuneração preponderante nas operadoras dirigidas por eles. Eis alguns trechos emblemáticos:

“Quanto mais consumir, quanto mais doente tiver, a sua remuneração será melhor”.

“Isso só traz distorção. Eu acho que uma das grandes distorções do sistema brasileiro de saúde suplementar é esse tipo de prática, que incentiva a quantidade em detrimento da qualidade”.

“O fee for service acaba sendo uma indústria da doença, onde quem atende mais, aquele que tem mais doença pela frente, aquele que tem mais pacientes doentes acaba tendo um remuneração melhor” .

Uma percepção importante dentre os dirigentes é a possibilidade de, dentro do modelo *fee for service*, o médico ganhar pela quantidade maior de indicações de exames e/ou procedimentos solicitados:

“Eu acho que o fee for service tem as suas falhas, na medida em que é um estímulo para que o médico possa pedir mais exames, procedimentos(...). É um estímulo, você ganha o que produz, então sempre vai estar procurando produzir mais a um custo elevado e portanto, você fica melhor remunerado”.

Foi detectado o entendimento de que se trata, também, de um modelo que pode gerar injustiças, já que aqueles profissionais cujos procedimentos têm maior incidência de complicações são melhor remunerados, quando comparados aos profissionais que obtêm mais êxito nos procedimentos que realizam:

“O grande problema do fee for service é que o mau prestador acaba sendo melhor remunerado que o bom prestador. Exemplo: se um doente é operado e ele tem reinternações, infecções ou implicações decorrentes de problemas relativos à má prática, no modelo fee for service, paga-se por cada procedimento adicional feito. (...) O fee for service estimula que o mau profissional receba exatamente igual ao bom profissional, estimula você a fazer mais do que haveria necessidade(...). Então, fee for service estimula fazer mais procedimentos, dentro daquilo que é preconizado, isso ocorre mesmo com aquele médico de bom caráter”.

Outra percepção é que, neste modelo, todos os médicos são nivelados de uma mesma maneira, pois paga-se igual independentemente dos resultados. Nas palavras de um entrevistado, *“esse modelo ainda premia os piores pagando exatamente igual pessoas diferentes”.*

Além disso, pagam-se pela mesma tabela médicos com níveis de conhecimentos muito diferentes uns dos outros, não obstante a grande quantidade de novos profissionais pouco experientes no mercado:

“São 184 faculdades de medicina colocando 16 mil médicos no mercado por ano, muitas sem condições mínimas de funcionamento. Como pagar ao médico recém-formado dessas faculdades (...) que nem completam inscrições para seus vestibulares (...), formam médicos não qualificados e que querem ganhar igual ao Adib Jatene? [Tem] um monte de dirigentes defendendo esta idéia. Não infringimos regras do CRM, mas pagamos ao hospital e ele distribui da forma que achar melhor”.

Outra opinião encontrada é a de que o modelo preponderante de remuneração do trabalho médico não leva em consideração o impacto do atendimento na qualidade de vida do paciente:

“Acho que o objetivo maior de quem presta assistência à saúde é agregar valor, saúde, qualidade de vida ao assistido, e esse modelo fee for service desconsidera isso que, para mim, deveria ser o critério, o quesito principal para a remuneração da prestação de serviço”.

Quando as lideranças médicas são indagadas a respeito da prevalência deste modelo de remuneração, mesmo sabendo de todas as suas fragilidades, surgem respostas resignadas: *“Imagino que é porque não se tenha encontrado uma alternativa melhor”.* Uma das lideranças, por exemplo, explica que, apesar de concordar com as procedências das críticas ao *fee for service*, tal modelo prepondera porque várias tentativas de mudanças feitas no passado naufragaram e acarretaram diminuição de remuneração para a categoria médica, principalmente em decorrência da dificuldade de negociação com os planos de saúde. Transcrevemos a seguir sua opinião:

“(...) Eu concordo que isto [o fee for service] pode ser um indutor de demanda, e, portanto, estas críticas são procedentes. No entanto, eu entendo que a maioria dos médicos pretende trabalhar por este sistema, e prefere porque os outros modelos de pagamento, quando foram implementados, eles representaram redução de honorários. (...) Em razão disso, os médicos passaram a criticar e a se opor a qualquer outra forma de remuneração que fosse diferente do fee for

service. Portanto, na verdade, foi impossível, ao longo dos anos, se estabelecer uma negociação com os planos de saúde que pudesse contemplar esta questão de maneira responsável, se encontrando uma fórmula para remunerar o médico com reajustes periódicos e, ao mesmo tempo, excluir esta questão da demanda, que é uma questão importante, pois ela onera o sistema de saúde privado de forma desnecessária”.

Outro fator observado que cria dificuldades para a implementação de mudanças nas formas de remuneração dos médicos é a falta de profissionais no mercado que tenham experiência sólida com outros modelos de remuneração no setor de saúde suplementar:

“Pela total falta de conhecimento de outros modelos, por parte dos gestores de planos de saúde e profissionais médicos. Podemos conhecer outros modelos na teoria, mas com poucos resultados práticos, mesmo em outros países. Faltam profissionais no mercado que tenham experiência sobre os demais modelos de remuneração”.

Notamos ainda um segundo tipo de obstáculo: a preocupação dos médicos de perderem receita:

“Também não são utilizadas outras formas de remuneração pela preocupação, principalmente dos médicos e gestores de serviços médico-hospitalares, de que seja uma forma de as operadoras apenas limitarem a atuação dos médicos ou simplesmente cortarem custos”.

Existe ainda a percepção de que o *fee for service* permite uma forma menos burocratizada de negociação do que as demais modalidades de remuneração: *“Não podemos negar que o fee for service ainda é uma forma mais simples para negociação com os prestadores de serviços”.*

E há quem enfatize o comodismo como responsável pela continuidade do *fee for service*: *“O nosso sistema de remuneração não satisfaz a ninguém e é impressionante como nada é feito para mudar essa situação que acaba sendo cômoda”.*

Como se mostrou anteriormente, a remuneração por procedimento, apesar de bastante criticada, é absolutamente predominante nas operadoras de plano de saúde brasileiras. Mudanças não ocorrem com facilidade, pois existem

resistências e obstáculos que têm dificultado a implementação de novos modelos. Porém, alguns entrevistados alertam para os riscos do sistema alegando que, se o modelo *fee for service* continuar prevalecendo, ou seja, se nada for feito, as operadoras terão sérios problemas de sobrevivência: “(...) *Acaba criando uma grande indagação se é viável manter isto daqui para a frente, porque, inevitavelmente, os preços são incríveis*”. Diversos depoimentos dos entrevistados revelam tal opinião:

“Com esse modelo que nós temos hoje, de remuneração por produtividade, as operadoras têm os dias contados. É um modelo que estimula o consumo e não estimula a performance. (...) Quanto mais exames eu pedir, mais eu ganho; e quanto mais doentes eu atender, mais ganho, independente do resultado que eu vou obter, ou que meu paciente venha a obter. Então, é um contra-senso”.

“Então, respondendo mais afirmativamente a sua pergunta, é de todo indesejável esse modelo. (...) Vai ter que enfrentar essa situação, sem o que esse sistema vai passar por mais dificuldades econômicas do que já tem passado recentemente”.

Um dos entrevistados chega a fazer uma afirmação contundente e preocupante: *“Alguma coisa precisa ser feita. Se ficar deste jeito, nós vamos falir. Vamos remunerar mal o médico e vamos falir”.*

Percebem-se poucas opiniões dissonantes na pesquisa. Apenas uma das lideranças emitiu uma opinião completamente diversa dos demais, dizendo que não há nenhum método de remuneração melhor do que o atual, segundo ele, por ser o único que não acarreta prejuízos ao paciente:

“O pagamento por procedimento tem suas deficiências, mas não tem nenhum outro ainda melhor. Todos os outros sistemas que foram tentados no lugar do pagamento por procedimento não deram certo, pois tiveram muitas distorções em prejuízo do paciente. Porque a crítica que se faz ao pagamento por serviço é que ele é caro, esta é a crítica principal, que se gasta muito. Não tem nenhuma crítica ao pagamento por procedimento [referente] à má qualidade de assistência. Ou se tem é muito pouco”.

Outras raras opiniões divergentes, dentro do universo pesquisado, defendem a continuidade do modelo de pagamento por procedimento, mediante

uma necessária readequação do mesmo. Afirmam, por exemplo: “*Sou a favor de continuar a remuneração por procedimento, mas com critérios de desempenho e resolutividade*”.

Ou então dizem que seria preciso aliar o pagamento por procedimento ao estímulo à prevenção da doença e promoção da saúde:

“(...) É lógico que a gente observa muito em países mais socializados, eu diria talvez na Inglaterra e no Canadá, que tem o pagamento por procedimentos, mas há outra modalidade, talvez mais socializante, que passa pela assistência básica, pelo médico de família, (...) pela entrada do paciente no sistema. (...) Há, nestes modelos, estímulos à prevenção, à promoção de saúde. (...)Eu diria talvez para um sistema híbrido, provavelmente, onde nós teríamos as duas coisas talvez convivendo e até o sistema fee for service”.

Parece existir uma preferência da categoria médica pela manutenção do modelo de pagamento por procedimento, contanto que associada à utilização da CBHPM. Já que esse documento realiza a classificação e hierarquização dos procedimentos vigentes, se houver o desejo de remunerar o desempenho dos médicos, a CBHPM pode ser o referencial, o ponto de partida.

As entrevistas feitas com dirigentes de operadoras e lideranças que representam a classe médica revelam que as críticas ao modelo *fee for service* variam no grau e na natureza. Há os que o consideram equivocado por focar a quantidade ao invés da qualidade, mas não chegam a vislumbrar soluções ou alternativas. Alguns poucos gostariam de ver o *fee for service* aperfeiçoado e combinado com outras modalidades de remuneração. Também encontramos quem apontasse um conflito de interesses dificilmente passível de resolução - um dos entrevistados acredita que haja uma contradição estrutural, já que grande parte das operadoras visa ao lucro e o médico deveria visar ao bem-estar do paciente. Seria preciso, portanto, chegar a um meio-termo ou compromisso economicamente viável e eticamente responsável. A essa zona de tensão, poder-se-ia ainda acrescentar a opinião de alguns entrevistados de que, se nada for feito, “*as operadoras têm os dias contados*” e “*se não mudar, vamos falir*”.

Há um forte contra-senso no que concerne à predominância da remuneração por procedimento. As operadoras praticam maciçamente um modelo de remuneração com sérias fragilidades, considerado perdulário para uns, indutor de

demanda para outros, incapaz de trazer bons resultados e qualidade segundo alguns e gerador de riscos ao paciente na visão de outros. A prática é mantida há várias décadas por comodidade e pelo medo ou incapacidade de realizar mudanças similares às observadas em outros países. Um último fator inercial mencionado pelos entrevistados é o interesse das indústrias de equipamentos e farmacêutica na manutenção do modelo *fee for service*, assunto que será discutido mais adiante, num item à parte.

De qualquer forma, no discurso da maioria dos entrevistados fica patente a necessidade de transformar o modelo de remuneração por procedimento e de se realizar um debate mais aprofundado sobre o assunto.

“Na verdade, todo nosso esforço [vai] no sentido de transformar essa forma de remuneração, que na nossa avaliação é inadequada(...) Eu entendo que do ponto de vista mundial é o modelo que prepondera, mas todos os esforços em todos os países que eu tenho conhecimento são no sentido de inflectir essa metodologia, que consiga então avaliar quanto de valor, quanto de qualidade, quanto de melhor condição de vida e quanto de saúde você agregou ao paciente e não quantos procedimentos ou qual número de intervenções foram feitos nos processos [de atendimento] de cada paciente”.

6.2 As tendências para modificação dos modelos de remuneração

Ao analisar o conjunto de entrevistas realizadas no âmbito dessa pesquisa, notamos que está presente, em vários casos, a busca por novas alternativas de remuneração. Temos, por exemplo, relatos de operadoras que estão realizando estudos sistemáticos, inclusive por meio de intercâmbios com instituições renomadas do exterior, a fim de trocar informações e acompanhar experiências de sucesso, com o propósito de encontrar outros modelos ao invés ou além do *fee for service*.

“(...) [Estamos] em contato, em conexão com as organizações e operadoras internacionais, que têm evoluído também bastante nesse processo. Nós queremos já nos próximos anos aumentar o número

de programas que possam estar remunerando diferentemente do fee-for-service”.

“(...) Nós estudávamos muito, chegou um momento em que nós vimos que não dava para mudar para um modelo só, talvez o melhor era (...) compor uma cesta de metodologias. E aí é muito importante a Academia estudar isso, dependendo do perfil do procedimento. Por exemplo, na atenção básica, vamos dizer médico de família, não dá pra você colocar somente o desempenho, pois você tem agravos que aparecem na comunidade, às vezes fora da governabilidade do médico.”

“(...) Dependendo dos tipos de intervenção em que se está pensando na saúde, da demanda da saúde, eu acho que seria interessante pensar em modelos remuneratórios. Quais seriam os mais adequados? Alguns até o fee-for-service poderia resolver melhor. E então, na nossa operadora, estudava-se um conjunto de modelos remuneratórios que pudesse, talvez ser mais adequado”.

Sabendo dos eventuais riscos que quaisquer mudanças no modelo de remuneração podem acarretar, há evidente preocupação em encontrar alternativas que não criem conflitos éticos, nem cerceiem a atividade profissional dos médicos, mas que, ao mesmo tempo, avaliem o desempenho e diminuam os custos:

“É [a isso] que nossas cooperativas mais estão se dedicando hoje, com um grupo de estudos para se arrumar uma solução que não vá conflitar com o CRM e até com a ética médica. Que você não impeça o médico de trabalhar, não tire a liberdade (...), mas, ao mesmo tempo, [desenvolva] uma maneira de mensurar o desempenho do médico em termos de resolutividade e em termos de custos”.

Cuidados à parte, o fato é que encontramos na pesquisa percepções ora serenas, ora preocupadas, a respeito da necessidade de se transformar a situação vigente. Notamos numa parcela das respostas a intenção de se encontrar modelos que diminuam a demanda: *“Eu acho que sim, acho que elas [as operadoras] estão empenhadas na busca de um novo modelo, em especial para reduzir a excessiva demanda”.* E em outra parcela a abertura para a discussão de um modelo de remuneração que meça o desempenho, ou seja, que avalie a qualidade do serviço prestado e que também, ao menos inicialmente, vigore dentro de modelos mistos ou híbridos.

“Nós temos uma vivência de décadas no fee for service, tudo está ancorado nisto, eu acho que precisaria fazer uma transição para um sistema talvez mais socializado, eu diria talvez para um sistema híbrido (...)”

“(...) Eu penso que é legítimo você buscar encontrar formas de valorizar aquilo que tiver melhor qualidade, que trazer melhor retorno em termos de qualidade de atenção. Portanto, não faz muito sentido eu remunerar uma intervenção cirúrgica da mesma forma se ela me trazer bons resultados ou se ela me trazer resultados medíocres, devemos buscar uma maneira de valorizar diferentemente as intervenções melhor realizadas”.

“As operadoras já estão buscando formas de remuneração que envolvam os médicos na gestão dos recursos disponíveis (eficiência) e que privilegiem os profissionais que apresentem os melhores resultados assistenciais (eficácia). A soma das duas coisas está expressa pelo profissional que apresenta os melhores resultados com a utilização apropriada dos recursos disponíveis (efetivo)”.

Foi possível identificar na maioria dos depoimentos a intenção de introduzir algum tipo de remuneração por desempenho. É emblemática, nesse sentido, a seguinte declaração: *“Precisamos remunerar por desempenho (...) e resolutividade. Temos que buscar, urgente, critérios que meçam o desempenho do médico, a resolutividade, o resultado e a satisfação do paciente”.*

“As novas sistemáticas de remuneração devem possibilitar a valorização dos prestadores de serviços que possuem melhor desempenho. Aqueles que investem em capacitação técnica própria ou de suas equipes, modernização da estrutura, certificação e acreditação, ou seja, que buscam esforços superiores devem ser reconhecidos e remunerados de acordo com seus resultados. É importante um aprofundamento da discussão visando o reconhecimento de atributos relacionados ao desempenho, entre os quais, qualidade, segurança e recursos assistenciais como referência para a aplicação gradativa do mecanismo de pagamento com base nestes atributos”.

Observa-se também a importância de analisar itens de satisfação, criar medidas de determinadas ações, avaliar resultados e também observar protocolos clínicos. No trecho a seguir, apesar de utilizar um nome diferente, o dirigente entrevistado oferece uma descrição parcial de um modelo de remuneração por desempenho ou *performance*:

“Nós até estamos renomeando, mudando o nome dessa modalidade. Nós chamamos de remuneração por qualidade assistencial, que é exatamente esse projeto (...) dentro da cooperativa, onde nós buscamos o sucesso, que é transformar o maior número possível de ações médicas em ações que possam ser medidas, ser colocadas dentro de determinados protocolos, dentro de determinados processos assistenciais. E que esses processos, esses protocolos de alguma forma sofram algum tipo de avaliação em relação ao seu desempenho, especialmente ao seu desfecho. Que a remuneração possa variar consideravelmente de acordo com o desfecho, com o desempenho ou com a qualidade assistencial que foi prestada em relação ao paciente”.

Na busca por outros tipos de remuneração que objetivam evitar o “pagamento por quantidade”, uma segunda modalidade em vigor é a remuneração por pacotes. Um entrevistado relatou que sua operadora utiliza, simultaneamente, *“preços fechados (pacotes), por performance (vai demorar mais ainda em ser implantado) e remuneração pela quantidade de pacientes atendidos”.*

“(...) Nós procuramos sempre tentar substituir, onde é possível, especialmente naqueles procedimentos que estão “empacotados”, procedimentos que fujam do fee-for-service. (...) Nosso posicionamento [é favorável] com relação a esses novos modelos de remuneração de procedimento, saindo de fee-for-service, para aquilo que pode ser, ou pacote, ou algum sistema que fuja da remuneração por quantidade”.

Por outro lado, detectamos em certos casos resistência aos pacotes, já que, neste modelo, normalmente, os preços dos insumos, medicamentos e materiais são periodicamente reajustados, ao passo que os honorários médicos vão sendo reduzidos ou permanecem congelados para não encarecer o valor total do pacote. Na grande maioria das vezes, a negociação envolve as fontes pagadoras e os prestadores, sem participação dos médicos, que têm seus honorários arbitrados pelos prestadores. Um das lideranças entrevistadas julga inaceitável trabalhar por pacotes e justifica seu posicionamento da seguinte maneira:

“A forma do pacote (...) é um caminho que tem que ser abandonado. Primeiro, porque antigamente era incorreto, não tem nenhum código de ética do mundo que não deixe bem claro que o honorário tem que ser apresentado separadamente. Você não pode incluir a atenção médica dentro de pacotes assistenciais, você descaracteriza a

medicina ao colocá-la, esse é um outro caminho e a discussão pára antes”.

Além da possibilidade de remunerar por desempenho e por pacotes, é detectado a expectativa que isto seja feito baseado nas melhores evidências científicas: *“existe a tendência de evoluir com outros modelos de remuneração (...). Acho que deveriam entrar modelos baseados em protocolos, com as melhores práticas para determinados procedimentos”.*

A combinação de modelos distintos de remuneração parece ser outra tendência bastante significativa no segmento da saúde suplementar. Um de nossos entrevistados afirmou, sobre a situação de sua operadora: *“nós temos um modelo misto de remuneração, salário fixo e procedimento em locais como UTI, por exemplo”.* Essa realidade de remuneração híbrida ou combinada, em nossa, opinião, tende a se espalhar e a se tornar complexa, ao menos durante o período de transição.

Porém, quando as lideranças foram indagadas sobre as tendências de remuneração em nosso país, não hesitaram em afirmar que a classe médica luta para manter o pagamento *fee for service*, e observam que as empresas estão contratando por salário e remunerando também por pacotes.

Houve inclusive quem afirmasse que o assalariamento representa a preferência dos médicos em ambientes hospitalares e de diagnóstico, enquanto alternativa à má remuneração por eles percebida atualmente. Na realidade, a percepção é de que os médicos gostariam de receber mais dignamente, independente do modelo remuneratório:

“A classe médica, de um modo geral, no conjunto, luta para manter o pagamento por fee for service. Uma parte das empresas de plano de saúde, com a verticalização dos hospitais, tem contratado por salário. Nós procuramos, através dos sindicatos, as garantias mínimas de salário e trabalhistas previstas na CLT. Portanto, esta é a impressão que nós temos da classe médica, que ela ainda visa contratos fee for service ou assalariamento. Por outro lado, as empresas têm colocado a necessidade de mudar este modelo e têm colocado principalmente o pagamento por performance. Tem implantado algumas formas de pacote. Eu penso que qualquer que seja o modelo de remuneração, o que importa é o seu conteúdo. Este conteúdo tem que dar garantias aos médicos que eles serão remunerados de forma digna e ao mesmo tempo garantias aos pacientes que este modelo não trará prejuízos ao seu atendimento.

Qualquer modelo é factível, é passível da classe médica analisar, mas dentro destes parâmetros”.

Um dos motivos que leva a crer que haverá, futuramente, mudanças na remuneração do trabalho dos médicos é justamente o grande descontentamento da categoria médica com os valores pagos atualmente por algumas operadoras. Alegam-se dificuldades e demora excessiva na hora de marcar consultas com os médicos credenciados aos planos de saúde e boicote ao sistema, apesar de os médicos serem cooperados ou credenciados. As associações de classe, em pesquisa recente feita pela Associação Paulista de Medicina (APM), criticam a interferência excessiva das operadoras no trabalho médico, bem como o descredenciamento de médicos e/ou especialistas de uma mesma área, com prejuízo ao atendimento dos pacientes. É notório o desgaste, em muitos locais, entre médicos e planos de saúde, com impacto negativo para os clientes.

“(...) Eu acho que vai mudar. (...) Já está se criando um sistema paralelo de atendimento. É inviável se manter um atendimento de planos de saúde do jeito que está. E felizmente os médicos estão criando coragem e vergonha e parando de atender os planos de saúde. Sistema paralelo é o médico se descredenciar das operadoras e atender sua clientela anterior por preços que ele acha que a operadora deveria pagar, por exemplo, uma consulta a 80 a 100 reais. Este sistema já está vigorando no Brasil. Só não vê quem não quer ver. Existe uma restrição grande dos médicos em número de consultas nos consultórios, até para viabilizar os consultórios. Então já nos foi perguntado pela mídia se nós achamos isso justo. Nós não achamos justo que nenhum paciente seja preterido, mas nós também temos certeza que é inviável manter os consultórios com os pagamentos feitos hoje pelas operadoras” .

“Tem uma situação hoje que é muito séria: o médico não está nem suportando o custo de seu consultório. As 130 primeiras consultas que são atendidas são de custo do consultório. Como a consulta está cada vez pior remunerada, o valor para você custear seu consultório está cada vez maior, então isso já mostra a situação complicada. Alguém com 200 consultas/mês, que não é pouco, provavelmente não tem resultado nenhum”.

Vale a pena abrir um parêntese para ressaltar que observam-se também mudanças de posturas de alguns médicos que, em decorrência da baixa

remuneração, estariam optando por não estabelecer vínculos duradouros e de responsabilidade com os pacientes:

“A tendência de remuneração que tenho observado é que o colega está interessado mais em fazer plantão, ele quer ganhar e não quer ter responsabilidade. Tenho visto colegas mais velhos, com bons consultórios que estão desistindo de consultório par ir dar plantão. Ele pega dinheiro à vista, às 7h acaba o plantão, às 7:01h ele não tem mais responsabilidade com nenhum paciente e vai para a casa”.

A troca do consultório por plantões de pronto atendimento revela, mais do que a insatisfação com os modelos de remuneração vigentes, uma mudança de mentalidade e de postura profissional de alguns médicos, a qual necessitaria de uma discussão aprofundada em outro trabalho. No entanto, como tal questão foge do escopo de nossos objetivos, optamos por apenas registrá-la aqui. Fechamos aqui o parêntese.

Apesar de o desejo de mudança e aperfeiçoamento dos modelos de remuneração ter chamado a atenção nos depoimentos, ressalta-se a dificuldade intrínseca ligada ao exercício liberal da profissão: *“Eu diria que não é fácil, uma das coisas que é uma dificuldade grande de você sair disso, é o ideário da medicina. Não é nem político de esquerda ou de direita, é o ideário da medicina, ela é uma formação liberal”.*

“O próprio código de ética médica (...), a espinha dorsal dele é o exercício liberal, ou seja, presta-se serviço e recebe-se pela prestação de serviço. Embora todos discutam e tentem analisar, é difícil você inverter um modelo liberal que vem desde a era hipocrática”.

Foram encontradas algumas vezes visões resignadas, que, embora demonstrem alguma preocupação com o assunto, permanecem no mesmo modelo por comodidade ou por orientação do órgão de classe:

“Eu poderia dizer que tranqüilo não está, mas também discutindo também não está (...). Nesse momento, ela [a operadora] segue uma linha que é ditada de alguma forma pela questão da política médica determinada basicamente pelo Conselho Regional de Medicina - CRM, que não vê a política de remuneração por performance como uma coisa muito boa, nesse momento, para o nosso estado”.

“Minha [opinião é pela mudança] sim, mas nem toda a diretoria acompanha esse pensamento. Alguns são incrédulos em relação a qualquer mudança e acham que pode dar muito mais trabalho do que a rotina atualmente imposta na modalidade de fee for service”.

Uma das explicações apresentadas para a lentidão ou desinteresse de parte das operadoras em mexer no modelo de remuneração dos médicos pareceu-nos baseada em premissas equivocadas. Foi dito que os honorários médicos não representam um problema para as operadoras, pois significariam, no máximo, 10% dos custos, algo insignificante, e que, portanto, elas não estariam interessadas em discutir novas formas de remuneração:

“Se você observar, remuneração médica, quando gastam muito, quando as operadoras pagam muito, representa no máximo 10% dos custos dos planos de saúde, do que os planos de saúde gastam. Isso não é nada para o plano de saúde. As operadoras estão interessadas em pagar menos aos hospitais, aos materiais e medicamentos, às órteses e próteses. Isso eles estão interessadas em diminuir. Mas, se você for ver o que eles pagam de honorários médicos não é nada. É ridículo o que eles pagam de honorários médicos (...)”.

Em nossas entrevistas, os demais dirigentes responderam que o percentual dos custos totais das operadoras com honorários médicos pode variar entre 18% e 38%, dados compatíveis com informações de mercado e facilmente detectáveis nos registros do órgão regulador. Assim, é pouco provável que a argumentação acima citada explique satisfatoriamente a resistência à mudança de parte das operadoras.

Mas o fato é que, por diversos motivos, a remuneração por procedimento deve continuar ainda por algum tempo, pois, de uma forma geral, as empresas não estão preparadas para mensurar resultados, mesmo que já se perceba um movimento incipiente rumo à discussão da remuneração por desempenho.

“O modelo de pagamento por procedimento que é amplamente adotado no Brasil é essencialmente retrospectivo. Ou seja, a conta é paga depois do serviço prestado. Enquanto um modelo prospectivo exige acúmulo de dados e análise para gerar os padrões de referência. Além disso, um modelo prospectivo exige uma maior gestão por parte dos prestadores, pois eles passam a compartilhar os riscos com as fontes pagadoras. E para que o compartilhamento

desse risco assistencial possa ser praticado com segurança, é necessário investir em tecnologia da informação e modelos de ajuste de risco dos perfis de caso desse prestador. Ou seja, os valores de remuneração devem refletir o estado de saúde do conjunto de pacientes que são atendidos por ele. Essa ainda é a principal dificuldade que temos para adotar modelos como “pacotes” ou capitação”.

“Eu acho que o fee for service vai continuar por muito tempo ainda. Acho que não estamos preparados, não temos estrutura para mensurar resultados e pagar por performance em nosso país, de uma maneira geral, pois pagar por performance tem um pressuposto de ter uma boa estrutura por trás e nos não temos isso ainda. (...) Acho que em médio prazo vai mudar, porque não adianta, quando paga-se por serviço você tem uma demanda muito elevada, você cria a demanda. Acho que isso vai mudar e estes movimentos que estão surgindo de pagar por desempenho devem prevalecer. Em nossa operadora, que é muito grande, conseguimos que nossa diretoria aceite estes novos modelos de remuneração e este assunto já está maduro entre nós, pois melhores profissionais tem que ser remunerados de acordo com o desempenho deles.”

Nota-se, muitas vezes, a existência de uma contradição entre prática e discurso. Fala-se na busca por outros modelos de remuneração para superar ou complementar o *fee for service*. Por outro lado, vale a ressalva de que poucas atitudes concretas estão sendo tomadas neste sentido, pois na realidade pouquíssimas operadoras, em todas as modalidades existentes, tem se movimentado no sentido de realizar mudanças nas formas de remuneração:

“Quem está operando o setor, especialmente de saúde suplementar, mas também isso não é diferente no setor de saúde pública, existe uma percepção de que esse modelo fee-for-service é um modelo que não tem futuro, todos buscam alternativas a esse modelo. Eu não vejo movimentos concretos nas discussões teóricas, nos periódicos especializados, nas revistas do setor, nas entrevistas, congressos, cursos e etc. Nós ouvimos referências em relação a esse dilema que é a forma de pagamento versus a questão de mecanismos que incentivam muito a introdução ou o aumento do custo assistencial, já que ele incentiva a introdução de tecnologia e o aumento da realização de procedimentos. Então todos nós, que somos operadoras do setor, sabemos que esse método, ele é inviável a longo prazo, mas por outro lado, vejo poucas iniciativas, poucas tentativas efetivas de mudança desse modelo. Hoje, está mais no campo teórico do que no campo prático. Não temos operadoras que estejam praticando, mesmo no setor público. (...) Tanto que as principais referências hoje na nossa empresa são referências internacionais e não referências brasileiras.”

De todo modo, há forte preocupação com a situação atual e a opinião de que há necessidade de mudança é um aspecto predominante no conjunto das entrevistas:

“Ao longo do tempo, nós vamos percebendo que estamos chegando ao fim da linha, não dá para ir muito além. (...) A expectativa sobre o resultado da atenção médica é cada vez maior (...). Tem toda uma pressão de todos os lados para que isso se transforme. Eu penso que estamos chegando muito perto do fim da linha, do jeito que está não fica mais.”

“Eu acho que a dificuldade da realidade impulsiona o ritmo das coisas (...). Eu digo para você isso, pois nossas associações percebem que esse mercado pode ter um horizonte estreitado, cada vez mais. E é preciso mudar o sistema de remuneração para que esses horizontes se ampliem. Quero dizer com isso que a maneira como está hoje, com inúmeras distorções, só faz contribuir para a elevação dos custos médios do sistema.”

“Num país como o brasileiro, independente do crescimento, em que há seríssimas restrições de renda da população e de renda das empresas e de emprego e de produção, quanto mais caro ficar o benefício saúde privado, menor vai ser esse mercado. (...) Então precisa colocar ordem nesse mercado, que passa inclusive pela construção de um novo padrão de remuneração, para que esse preços estabilizem e mais e mais brasileiros possam ter oportunidades de ingressar no sistema, com preços compatíveis com sua renda e seu crescimento de renda.”

Na tentativa de sintetizar as possibilidades e impasses futuros para a remuneração do trabalho médico no segmento da saúde suplementar, pode-se afirmar, em primeiro lugar, que existe um entendimento generalizado de que o modelo *fee for service* induz a gastos desnecessários e não traz racionalidade para o sistema. Os recursos para a saúde são escassos e, em virtude do comprometimento de renda da maioria da população, não é possível aumentar os preços indefinidamente. Por tudo isso, haverá dificuldades futuras, em curto ou médio prazo, se algo não for feito para alterar a predominância do pagamento por procedimento.

Nas respostas dadas à nossa pesquisa, percebe-se a tendência e o desejo de sair do modelo *fee for service* de remuneração médica, mesmo que um grande número de entrevistados alerte que isto não será fácil. Essa constatação de

que uma mudança é necessária foi um dos raros consensos obtidos. Afinal, tivemos entrevistados apontando a tendência de remuneração por salário cada vez mais presente, seja em UTIs, ambulatórios, unidades de diagnóstico ou pronto-socorros. Já as seguradoras entrevistadas, bem como uma empresa de autogestão, remuneram procedimentos eletivos dentro de pacotes, sendo que uma delas relata que tudo o que poderia ser pago por pacotes, está efetivamente sendo pago dessa forma. Uma empresa de medicina de grupo e uma cooperativa, por sua vez, já implantaram modelos de remuneração por desempenho em suas organizações, uma em vários setores e a outra, mais timidamente, somente em alguns setores. Há ainda aquelas que mantêm a remuneração por *fee for service*, mas que não acham possível continuar com ela por muito mais tempo, prevendo que seu final está próximo, sob pena de o sistema sofrer como um todo. Por fim, não se pode deixar de mencionar a presença de combinações entre distintos modelos de remuneração dentro de uma mesma operadora.

Se o rumo e o ritmo das mudanças parece variado e controverso, podemos ao menos apontar a quase unanimidade da percepção de que transformações no sentido de minimizar o *fee for service* são necessárias e tendem a ocorrer nos próximos anos.

6.3 O trabalho médico e a influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos

Mencionamos em um item precedente que uma das estratégias não-oficiais para os médicos aumentarem sua renda, dentro do sistema suplementar de saúde, é a realização de exames e procedimentos auto-gerados, sejam eles necessários ou não. Uma outra estratégia, que traz implicações éticas talvez até maiores, é a parceria com empresas que produzem medicamentos e equipamentos para a área da saúde.

Como pode ser observado nos Anexos B e C, ao final desta Dissertação, não havia sido feita nenhuma pergunta específica sobre as indústrias que fornecem medicamentos e equipamentos para o setor de saúde suplementar. Entretanto, resolvemos tratar do assunto aqui, pois ele foi abordado, espontaneamente, pela

maioria de nossos entrevistados. Denúncias sobre a atuação das indústrias aparecem de forma disseminada durante a pesquisa.

É inegável a tendência de os médicos abraçarem novas tecnologias, muitas vezes acriticamente, e recomendarem novos medicamentos mais caros, de forma generalizada, e nem sempre com racionalidade – e, o mais grave, sem avaliação custo-efetividade⁸. Isso leva os sistemas de saúde, tanto públicos como privados, a uma situação frágil:

“Eu vejo que essa política de incorporação de novas tecnologias não tem uma regulação estrita e isso acaba gerando um volume muito grande de novas tecnologias que são incorporadas acriticamente, sem se fazer uma crítica em relação ao custo-efetividade dessas novas tecnologias. Na outra ponta, temos o paciente ou uma empresa (...) que já está no limite da sua capacidade de pagamento por esse produto, especialmente na saúde suplementar. (...) Mesmo nos países de saúde pública não é diferente, não existem muito mais recursos para serem alocados na saúde, então o tema da racionalização por melhor uso dos recursos disponíveis, pra mim, é tema de importância nacional.”

Para além do desejo de aprimoramento tecnológico e de obter melhores resultados com produtos mais sofisticados, talvez haja outros motivos para os médicos indicarem determinados fármacos ou determinadas marcas de prótese:

“Diz-se, hoje, que muitos médicos (...) estão sendo remunerados através da indústria de materiais, de medicamentos e de equipamentos, independentemente da remuneração que recebe das operadoras. Acho que é preciso que todo mundo tenha a seriedade de perceber que a cadeia da saúde é uma coisa só e que distorções em algum elo da cadeia prejudicam a todos”.

O paradoxo é que o aumento dos gastos das operadoras com equipamentos e suprimentos é justamente um dos fatores que levam ao achatamento da remuneração médica:

“Um dos fatores responsáveis pelo estreitamento da remuneração direta médica tem sido, ao longo desses últimos 10 anos, a

⁸ Avaliação Custo-efetividade- é uma técnica de avaliação econômica desenhado para comparar os custos e benefícios de intervenções na área da saúde.

expressão cada vez maior que teve a parte de materiais e de medicamentos no custo total da assistência médica hospitalar privada. Há um ritmo muito forte de inovação e incorporação tecnológica, especialmente na parte de equipamentos e materiais especiais, medicamentos de última geração, órteses e próteses principalmente. A introdução acrítica de órteses e próteses e outros medicamentos de última geração no mercado tem ocasionado pressão formidável sobre os custos de assistência médica hospitalar. (...) Grande parte desse crescimento do custo [é] provocado (...) por essa introdução acrítica e cada vez mais veloz da parte tecnológica e não humana da assistência médica. Nesse caso, é preciso efetivamente se disciplinar a inovação tecnológica, existem questões éticas vinculadas a essa questão, para que a medicina, configurada como ato médico, possa voltar a liderar novamente o sistema de saúde no Brasil”.

Detectamos a visão de que a introdução de novas tecnologias se torna um problema adicional, sobretudo, pelo fato de que as faixas etárias que mais as consome estão aumentando cada vez mais entre nós. Mesmo assim, há desvios eticamente questionáveis no uso de tais equipamentos e medicamentos:

“Este modelo de plano de saúde, e não é só o plano de saúde, a previdência, a previdência complementar (...) foi discutido e pensando no século XVII pelo Bismarck, quando você tinha uma população no planeta com muitos jovens, uma base [da pirâmide demográfica] bastante alargada e um ápice bastante estreito. (...) Hoje é o inverso, (...) são poucos jovens, quer dizer, a taxa de fertilidade das mulheres vem caindo cada vez mais, (...) com uma expectativa de vida cada vez mais longa, exatamente entrando no período de vida que mais consome serviços de saúde e biotecnologia. Além dos exageros, dos absurdos, dos desvios que tem nessa questão de biotecnologia do ponto de vista ético, que eu acho lamentável”.

Outro ponto a respeito das relações promíscuas entre os profissionais da saúde e as indústrias veio à tona na pesquisa diz respeito à falta de transparência, para a sociedade, das reais intenções de cada parte, o que leva a uma certa incoerência entre o discurso e a prática de alguns médicos.

“Sou filha de comerciante, não tenho nada contra comerciante, só que meu pai fala que é comerciante, bota uma tabuleta na porta dizendo o que ele vende. (...) Agora, você pegar um profissional que presta serviço [de saúde] ou um hospital (...) e fazer disso um comércio de forma sub-reptícia, é que eu acho uma deslealdade muito grande com a sociedade e a população. Do ponto de vista

ético, não tem acordo. (...) Eu acho que isso (...) chegou num ponto que (...) pode comprometer a credibilidade da medicina. (...) A sociedade, ela também é alerta para certas coisas e percebe. Ela pode até não dizer ao médico, mas ela percebe, e o médico vive desta credibilidade”.

O CFM⁹ editou recentemente uma resolução que proíbe a indicação de marcas de materiais especiais pelo médico, mas este fato isolado talvez seja insuficiente para acabar com as associações indiscriminadas entre profissionais voltados à promoção da saúde e indústrias interessadas em vender mais produtos:

“As questões das órteses e próteses, materiais especiais, que existe uma relação entre o fabricante ou entre a distribuição com o próprio profissional, isso deve acabar, não podemos mais tolerar isso sob qualquer argumento, seja de melhor remuneração ou de qualquer tipo, essa relação precisa ser corrigida”.

Questionamos um dos dirigentes sobre o fato de que as associações médicas e os conselhos regionais de medicina defendem, em última instância, a medicina liberal e o pagamento por procedimento e as indústrias de equipamentos e de medicamentos estimulam esta mesma forma de remuneração, pois quanto mais se indicam seus produtos, melhor para os seus objetivos. Eis a réplica que obtivemos:

“Em relação às empresas que comercializam produtos, tem que haver uma ação muito forte dos CRMs para que elas não se relacionem de maneira nenhuma com a classe médica, e sim com as entidades médicas. Ela vai lançar um novo produto, tem que ser lançado nas associações e não aos médicos individualmente, com objetivo de induzir o médico, pagando viagens e comissionamento. Isto tem que ser banido, isto pra mim é caso de polícia”.

Muito se fala, no meio médico, sobre a possível – e questionável – associação entre alguns profissionais da saúde e a indústria de equipamentos, de materiais especiais e farmacêutica, principalmente no que concerne aos medicamentos de alto custo e oncológicos. Esta relação comercial sub-reptícia tira do médico a imparcialidade quanto à indicação de determinado procedimento ou

⁹ Resolução CFM 1956/2010 de 25/10/2010.

remédio. Ao ganhar uma comissão pela realização de determinado ato médico, ele fica impossibilitado de defender com tranquilidade a indicação que seria correta, além de perder completamente o interesse no honorário médico propriamente dito, pago pela operadora de saúde.

Porém, devemos reiterar a existência de um grande número de profissionais dotados de correção moral, com excelente formação profissional e que não se alinham a tais objetivos escusos, utilizando-se dos materiais e medicamentos com racionalidade e parcimônia, com vistas ao benefício exclusivo do paciente sob seus cuidados. Provavelmente, trata-se de exceção e não de regra e talvez a simples mudança do modelo de remuneração não eliminasse por completo tais práticas nocivas à sociedade. Ademais, há casos em que novos medicamentos e tecnologias ajudam a salvar vidas: *“É inegável que custo é uma coisa absolutamente preocupante em saúde e, na verdade, estas inovações trouxeram progressos salientes para a sobrevivência de qualidade para nossos pacientes”*.

“Todas estas empresas no mundo inteiro e não só no Brasil precisam da caneta do médico. O médico tem que ser honesto o suficiente para não praticar medicina como comércio. Isto está em nosso código de ética, em várias resoluções (...). Eu acredito que a maioria dos médicos se isenta, tem uma pequena minoria que estraga (...). Você pega uma determinada especialidade que usa órtese e prótese, você vê que tem uma minoria que não liga mais para honorário médico, pois o que ganha indicando uma prótese é muito maior, mas isso tem que ser combatido, pois isso é ilegal, imoral, e antiético. (...) Agora, você não pode deixar de remunerar um médico por procedimento porque você acha que tem bandidos nesta história. Então, os inocentes vão pagar pelos pecadores? Os pecadores têm que ser punidos e a gente defende esta punição. Recentemente o Conselho Federal de Medicina lançou uma resolução proibindo médico de indicar marca de órtese e prótese. (...) Ele pode especificar o que ele acha melhor para o paciente, mas não pode dizer qual marca. Isso seria exercer a medicina como comércio. (...) A questão é: o paciente precisa de prótese ou não precisa?”

De qualquer forma, detectamos a percepção de que alguns procedimentos seriam indicados com a finalidade exclusiva de geração de receita para determinadas partes da cadeia da saúde, acarretando prejuízos para as operadoras que pagam a conta. O maior prejudicado nesta situação é o paciente, o qual, em princípio, deveria ser cortejado com as melhores práticas médicas possíveis, e não com as mais rentáveis.

Encontramos também na pesquisa opiniões sustentando que a substituição do pagamento por procedimento poderia minimizar a pressão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos:

“O pagamento fee for service traz esta situação de ‘quanto mais eu fizer mais eu ganho’ e as indústrias de órteses e próteses também têm este mesmo interesse, pois quanto mais procedimentos, mais seus produtos serão vendidos. Acho que esta questão é primordial porque, por aí, muitos dos recursos das operadoras de planos de saúde acabam indo pelo ralo e muitas destas coisas acabam sendo feitas de forma desnecessária. Entendo que isso é um problema sério e precisa ser focado nas discussões sobre modelos de remuneração”.

Analisando por outro ângulo, seria justo operar um caso complexo, ao longo de várias horas, que tenha real necessidade de indicação de prótese com custo muito elevado e receber honorários ínfimos, que beiram o ridículo, por este ato médico? Esse tipo de pergunta aponta para a urgência de se equacionar melhor a situação, para benefício de todas as partes envolvidas, já que o médico é um dos elos mais fracos da cadeia: *“a culpa é do modelo e não do médico”*.

Sem querer atenuar a ambigüidade ética da prática de comissão e do patrocínio das indústrias, é preciso considerar que, da parte dos médicos, tais atitudes representam, provavelmente, mecanismos de defesa, já que sua situação financeira está complicada. Como aceitar que um médico altamente qualificado, com anos dedicados à boa formação profissional, com horas diárias dedicadas ao estudo e aperfeiçoamento, receba das operadoras 30 reais, em média, por consulta realizada? Este valor é equivalente ao de procedimentos mais simples, feitos no dia-a-dia, que não demandam formação de nível superior e muito menos a especialização e a responsabilidade exigida do médico.

“Na saúde suplementar a remuneração é baixa, desqualificadora, vil. A média de pagamento, num levantamento feito por nós, das operadoras de planos de saúde no Estado de São Paulo, é de 30 reais por consulta. (...) E aí, vem outra distorção: a consulta de todas as especialidades é 30 reais e a do pediatra também, igual, inclusive, à do dermatologista. Um clínico, um pediatra deveria ter uma consulta melhor remunerada, pois a consulta dele é mais demorada. O médico, como todo ser humano, quando mal remunerado, a tendência dele é trabalhar mais para poder manter seu consultório, sua família, seu sustento, e aí ou ele aumenta seu número de

atendimentos ou começa a fazer outras coisas, como auto-gerar exames. Sou cardiologista e na minha área o colega faz consulta, aí faz um ECO, um Teste Ergométrico, um Holter... Isso dá distorção (...) porque ele quer aumentar o rendimento dele”.

“Os bons hospitais cobram mais caro, sobra menos para o médico. Abaixa o preço da prótese e aumenta o do médico que é o mais fraco da relação! Veja o lucro das operadoras, da indústria farmacêutica, dos hospitais (...), indústria de materiais, de próteses... E o médico, onde está? O médico normal que não é de família dona de hospital, que não é dono de serviço está ferrado! Olhe só, acabou os pediatras, ninguém mais quer fazer pediatria e ficar ganhando consultinha a 40 reais”.

Conforme já se afirmou em outras partes deste texto, a remuneração indigna contribuiu para que os médicos buscassem múltiplos empregos, tornassem o atendimento ao cliente mais precário, diminuindo o tempo de consulta e aumentando o número de consultas por dia, realizassem plantões diurnamente – antigamente dados pelos médicos mais novos e recém-formados –, trabalhassem nos finais de semana e cumprissem cargas horárias excessivas cotidianamente. Como também já se discutiu, o médico é o elo mais fraco da cadeia da saúde: aumentam-se diárias de hospitais, as taxas, os preços de medicamentos e materiais, mas o salário do médico não é reajustado há anos.

“Nos últimos anos, aumentou-se a cobertura, aumentaram-se os procedimentos, o rol e, como o sistema é mutualista, como é na Unimed, na medicina de grupo, tiraram do médico, da parte dele. Cada vez que acontece uma novidade assim, sobrarão menos para o médico”.

Em suma, nota-se a apreensão de parte significativa dos entrevistados em relação à introdução acrítica de novas tecnologias, ao uso indiscriminado de materiais especiais, principalmente órteses e próteses, bem como de medicamentos de alto custo. Ao mesmo tempo, é cada vez mais comum, no meio médico, ouvir falar de que os profissionais sejam patrocinados em viagens a congressos ao redor do mundo, recebam presentes e até dinheiro pela indicação deste ou daquele produto ou medicamento. Algumas especialidades médicas são mais suscetíveis a esta condição e certos profissionais se sujeitam a este tipo de prática – considerada,

por muitos de nossos entrevistados, como antiética, ilegal e imoral, sendo que um deles chegou a falar em “caso de polícia”:

“Existe médico que, mesmo não sendo credenciado nosso, diz para o paciente: “não se preocupe, consiga a liberação do seu plano de saúde para esta prótese, que eu te opero de graça, não te cobro nada” – principalmente em ortopedia, que tem muita indicação de prótese. O médico nem quer honorário, pois ele vai ganhar 200 reais para operar pelo convênio. Em clínica médica, a gente não vê muito isso, mas já pensou se ele pudesse receitar um antifúngico caro e receber por isso, que absurdo? Um percentual grande da oncologia, hoje, é remunerado com base em comissão pelo remédio prescrito”.

Tudo isso precisa ser considerado na hora de analisar ou normatizar as relações entre indústrias e profissionais da saúde. Conforme propõe um entrevistado, tem-se que *“partir para um modelo onde a remuneração seja boa e o médico não precise ganhar com subterfúgios, com fornecedores de órteses e próteses, o que infelizmente, hoje, é uma realidade”*. Na mesma direção, um outro indivíduo pesquisado descreveu:

"Estamos montando um serviço de oncologia, conversamos com os melhores especialistas de nossa cidade, dissemos a eles que não queremos que eles ganhem com remédios, que eles não ganhem por volume. Perguntamos: qual é seu justo salário? Queremos pagar o salário justo, por resultados alcançados e de acordo com as melhores práticas. Pagar melhor o médico pode significar que vamos internar menos, que não vai haver overtreatment, que vai ter melhor cuidado. Não é necessário colocar mais stents do que o paciente precisa para o médico ganhar mais”.

É inegável que os interesses das indústrias que vendem medicamentos, materiais especiais e equipamentos têm tido um peso mais significativo do que a opinião pública imagina e precisa ser redimensionado. É igualmente indiscutível que esse aspecto está inter-relacionado com a discussão da remuneração do trabalho médico e deve entrar na pauta do debate público e ético pelo qual grande parte de nossos entrevistados parece ansiar. Foi por isso que optamos por contemplar tal problematização em nosso texto, mesmo que ela não fizesse parte dos objetivos iniciais da pesquisa.

6.4 A relação entre remuneração do trabalho médico e qualidade dos serviços oferecidos

Ao ser perguntado sobre a relação entre remuneração médica e qualidade do serviço prestado ao cliente, um dirigente não relutou: *“Sim. Acho que quando o médico recebe mais ele se dedica mais, ele presta uma atenção melhor, tem mais responsabilidade com o doente”*. Cerca de metade dos entrevistados fez coro a essas palavras:

“Eu acho que existe uma relação direta, porque aquele profissional melhor remunerado vai ter uma dedicação maior. (...) O médico, para conseguir sustentar a sua vida familiar e etc., hoje é obrigado a ter dois, três, ou até quatro empregos. E é humanamente impossível, principalmente nos grandes centros, um médico ter quatro serviços, ou três, quatro jornadas de trabalho com qualidade de atendimento boa. Se ele pudesse ter um ou dois vínculos de trabalho empregatícios, sendo bem remunerado, com certeza a dedicação dele seria maior. Eu entendo que a qualidade no atendimento, a relação médico-paciente melhoraria muito, prevaleceria”.

“Acho que sim. Se você remunerar mal, principalmente quando você paga baseado em produtividade, que se ganha por consulta, quanto mais consulta, mais ganha, ele fica 5 minutos com o paciente, não agregou nada de qualidade e apenas ganhou. Então, se você paga melhor ao seu médico e dá mais tempo para ele atender, ele vai tratar muito melhor. Nos nossos ambulatórios onde tratamos de pacientes portadores de doenças crônicas, a consulta é marcada a cada 30 minutos, eu não tenho preocupação com o tempo, porque é um paciente grave, e se eu deixá-lo solto, ele vai me custar muito mais. Alguns se surpreendem com 30 minutos, acham muito tempo, mas este paciente tem muitas patologias, é diabético, tem insuficiência cardíaca, etc. que precisa de atenção. Não temos dúvida que remuneração influencia a qualidade”.

“(...)Criamos no Brasil um modelo viciado de pagar pouco e produzir mais, daí você produz um volume enorme de baixa qualidade por um preço bem mais caro. Qualidade tem que custar menos e tem que ser bem feito da primeira vez para não ter que refazer. (...) Criar valor para o paciente, acredito que isso passe por uma remuneração melhor, mais eficiente e baseada em meritocracia”.

As condições de trabalho inadequadas e essa remuneração pouco digna são problemas comuns aos médicos do setor privado e do setor público, necessitando de urgente revisão no Brasil:

“Tem relação estreita, porque é público que os médicos e os prestadores de maneira geral no Brasil estão muito mal valorizados, têm múltiplos empregos, isso não é compatível com melhor atendimento. Existe inegável esforço incrível de todos os profissionais de saúde, inclusive o médico, de atender bem apesar de serem mal remunerados, mas isso torna uma impossibilidade, pois quem pula de emprego em emprego, de hospital em hospital com péssima qualidade de vida como o médico hoje, ele não consegue mesmo que queira oferecer o melhor atendimento mesmo que ele gostaria”.

Como já se discutiu anteriormente, o modelo de remuneração *fee for service* não atrela, de modo direto, a remuneração à qualidade do trabalho médico¹⁰. Talvez por esse motivo, sete entrevistados tenham declarado não ver, no mercado nacional atual, relações significativas entre remuneração e qualidade. Em relação ao cenário brasileiro, um dos dirigentes, por exemplo, constata que *“hoje, não há qualquer relação, mas é isso que devemos buscar, se queremos uma melhor qualidade assistencial e se desejamos parar de somente tratar doenças”*. Percebe-se, portanto que ele gostaria que houvesse melhoria na equação qualidade/remuneração.

“Existe um tema interessante na discussão da formação do médico, que é a resiliência, que é a capacidade de trabalhar em condições adversas, mas isto tem um limite. Isso se torna depressão, psicose, neurose, suicídio inclusive. Não é possível que os profissionais de saúde trabalhem desta forma, isto vai ter que ser revisto. Não é bom pra ele, nem para o paciente e diria que nem para a operadora de planos de saúde ou para o SUS. As pessoas que trabalham na área de saúde precisam de mais respeito, mais condições de trabalho, mais qualidade de vida até para atenderem melhor”.

Mas há também quem defenda a formação e o comprometimento ético do profissional da saúde como fatores que devem vir antes e estar acima da

¹⁰ Falamos aqui em “modo direto” porque, indiretamente, os ganhos do médico dependem de seu desempenho, mesmo no modelo de pagamento por procedimento, uma vez que médicos recomendados espontaneamente por seus pacientes terão cada vez mais clientes – e o contrário também é verdadeiro.

remuneração. Nesse sentido, um dos dirigentes acredita que *“a qualidade não tem a ver exclusivamente com a remuneração, tem a ver com a especialização, com a seriedade de cada um, com o compromisso que tem com a saúde dos pacientes e as operadoras com seus beneficiários”*.

Há clara percepção de que existe um grupo de profissionais que, independentemente da remuneração, mantêm a mesma atitude comprometida frente ao paciente e acham, justamente, que a boa relação médico-paciente não deva ser influenciável por aspectos financeiros.

“Eu, que fui dirigente de uma entidade médica, posso dizer, hoje, (...) que as equipes que tinham boa relação médico-paciente mantiveram-na, tanto quando estava ruim, como quando estava boa a remuneração. (...) Tem um bloco de profissionais que dificilmente muda o comportamento frente à remuneração. Estou me referindo à maior parte. E tem um grupo que, esse, consegue melhorar. É aquele que realmente tem compromisso e que investe no seu local de trabalho e em si próprio com a melhoria da remuneração, mas (...) não dá para dizer que é maioria. Eu tinha 25 mil credenciados. (...) Um pequeno grupo realmente melhorou a clínica, foi fazer uns cursos, foi fazer MBA e constituiu uma equipe melhor”

“Porque só existe um tipo de atendimento, o atendimento bem feito e o que o paciente necessita. Se você não quiser fazer aquilo, não faça, mas fazer um negócio alinhavado e prejudicar aquele seu cliente, nunca! Você é a única esperança que ele tem. Eu dizia também para os meninos, meninas [seus alunos na universidade], que só existe uma maneira de fazer anestesia: é a bem feita. Não existe outra, se pagou um tanto eu vou fazer de qualquer maneira, não existe isso, se você é cirurgião e vai operar só existe uma maneira de você fazer: bem feito”.

Se de um lado, uma remuneração justa e adequada motiva o profissional e permite que ele não se sobrecarregue tanto, de outro lado, mudanças na remuneração, por si só, não garantem melhoria de qualidade.

“Entendemos que o médico deve atender aos seus pacientes da mesma forma, independente da remuneração recebida de uma ou outra fonte pagadora. Contudo, entendemos que o médico bem remunerado pode dedicar mais recursos a sua qualificação profissional e com isso proporcionar um atendimento de melhor qualidade, que vai gerar melhor remuneração. É um círculo virtuoso:

médico bem remunerado > maior investimento em capacitação > melhor qualidade de atendimento > médico bem remunerado”.

“O nível de remuneração é algo que não pode influenciar na qualidade da minha atenção, porque isso é eticamente inaceitável. Porém, não há dúvida de que, quando eu sou obrigado a trabalhar por um número excessivo de horas, ou quando sou obrigado a atender sob condições onde eu não posso realizar determinadas intervenções, não posso realizar determinados exames e procedimentos, não posso ter o paciente internado pelo tempo que eu gostaria e assim por diante, a qualidade da atenção vai ser prejudicada”.

Outro aspecto merece ser abordado, do ponto de vista da gestão. Algumas entrevistas trazem exemplos eloqüentes de como a avaliação do desempenho do médico poderia gerar impactos positivos na qualidade do atendimento prestado. Se a avaliação de desempenho for atrelada à remuneração, tanto melhor. Mas se não for, parece também surtir efeitos interessantes, conforme descreveu um dos dirigentes. Na operadora que ele dirige há uma forma de remuneração para as equipes de cirurgia cardíaca e de ortopedia, na qual o médico recebe por procedimento e por critérios de desempenho. Mas, muito antes de começar a remunerar desta forma, já vinham sendo implementadas avaliações de desempenho do médico e dos resultados por ele atingidos, apenas com a finalidade de aprimorar o trabalho. No caso das cirurgias cardíacas, para evitar a seleção de risco por parte do médico, foi introduzido um modelo de risco ajustado, baseado no *Society of Thoracic Surgeons Score (STS)* americano¹¹. Na hora de avaliar, o resultado encontrado é comparado àquele que seria esperado em determinada situação. Adicionalmente, avalia-se a ocorrência de complicações, reinternações e o uso excessivo de materiais. Um modelo semelhante foi criado para a ortopedia. Em ambas as especialidades, analisa-se também o índice de satisfação do cliente, perguntando o que ele achou do médico e se o indicaria para alguém da família. O interessante é que, segundo o dirigente, essa novidade agradou aos avaliados, independentemente de gratificações financeiras:

¹¹ *The Society of Thoracic Surgeons (STS) National Adult Cardiac Database*, tem sido usado para desenvolver um algoritmo para prever mortalidade operatória. Este modelo de estratificação de risco é largamente usado nos Estados Unidos da América..

“Nossos médicos adoram esse método de avaliação dos seus resultados. Tínhamos medo de que eles se sentissem cerceados e de tirar a liberdade deles. Não queremos nunca impedi-los de solicitar qualquer exame ou procedimento. (...) Todos os dados são sigilosos e apenas a direção e o médico ficam sabendo. Mostramos o score de STS esperado, o observado, o resultado global do hospital e o resultado da melhor equipe. Ele sabe onde está situado e se tem gente melhor do que ele. (...) Nunca ninguém questionou. Nós fazemos esse trabalho há dois anos, inicialmente sem remuneração variável. De alguns meses pra cá, atrelamos a remuneração variável. A melhora nos resultados não depende da remuneração. Só de ter mostrado aos médicos os indicadores, os resultados já melhoraram. (...) Uma coisa que notamos claramente foi a melhora de utilização de sangue, pois classicamente o cirurgião cardíaco brasileiro utiliza muito mais sangue do que o americano. Fazemos intercâmbio e benchmarking com hospitais americanos, mandamos nossas equipes pra lá. (...) Os americanos, utilizam sangue em 20 a 40% de seus casos e nós aqui chegamos a usar 70% de sangue, algumas equipes até 80%! O resultado final aqui é bom, temos baixos índices de mortalidade, mas se puder ter bom resultado e custar menos é muito melhor, além de expor menos o paciente a riscos, pois transfusões de sangue têm riscos. Só de mostrar aos médicos, eles não acreditam e dizem: ‘Mas, eu dou tanto sangue assim?’. Quando começamos a mensurar, no primeiro mês teve 30% de queda no índice de utilização de hemoderivados. Esta queda não foi dependente de remuneração, foi dependente de mostrar os indicadores de resultado. Se você atrelar resultado a remuneração, eles ficam muito mais motivados e perseguem melhores resultados”.

O binômio qualidade X avaliação permite ainda uma outra leitura, do ponto de vista dos ganhos das operadoras: *“quando temos altos índices de satisfação com excelente qualidade, o custo fica bem menor. (...) Qualidade significa para nós menos reinternações, menos procedimentos, menos medicina vingativa contra o plano de saúde e menos exames”.* É interessante notar que, ao contrário do que reza o senso-comum, garantir qualidade não leva a encarecer os custos, pelo contrário, no entendimento deste dirigente há a sugestão de que a qualidade tem que ser perseguida, pois favorece a todos e adicionalmente diminui os custos.

Há ainda duas últimas questões espinhosas, mesmo que abordadas de passagem pelos entrevistados. A primeira atesta que não é fácil determinar quais as melhores formas de mensurar qualidade na área médica: *“Não, eu acredito que não. As empresas não tem um modo de auferir a qualidade de atendimento e com base neste item determinar a remuneração”.* A segunda abrange a dificuldade de criar um sistema que não prejudique pacientes com casos graves e com pouca chance de sucesso para o médico:

“A primeira questão é definir quais são os indicadores, quais são os parâmetros que define se a assistência foi de qualidade ou não, porque às vezes o mesmo tratamento, com as mesmas características resulta em sucesso ou insucesso em função de variáveis que não são ligadas a qualidade. Tem as próprias variáveis biológicas, então como encontrar indicadores sensíveis, específicos? Este é um problema, isso os médicos tem que trabalhar nesse processo, um pagador não tem condição de definir isso. A segunda questão é ao citar um indicador: eu tenho que ter mecanismos que evitem a seleção de pacientes. Se eu não tiver esses mecanismos, vai haver uma tendência de os médicos procurarem os pacientes com maior probabilidade de êxito, os pacientes mais jovens, pacientes sem complicações associadas, sem comorbidades. Como ficarão os outros, quem atenderá os casos difíceis que têm grande possibilidade de insucesso?”

Em suma, a relação entre remuneração e qualidade se mostrou um dos tópicos com opiniões divididas em nossa pesquisa.

6.5 A viabilidade da implantação de modelos de remuneração por performance no Brasil

Na Fase 2 da pesquisa, selecionamos operadoras que têm mais de 500 mil vidas, conforme informações obtidas no site da ANS, e também quatro cooperativas, uma empresa de medicina de grupo e uma seguradora que haviam declarado, no questionário da Fase 1, utilizar metodologias de remuneração por desempenho ou *performance*. Destas seis operadoras, entrevistamos apenas cinco, já que uma empresa de medicina de grupo não respondeu ao nosso contato. O curioso é que, dessas cinco operadoras que inicialmente haviam afirmado praticar remuneração por desempenho, nenhuma o faz. Uma cooperativa esclareceu por contato telefônico que havia respondido equivocadamente o questionário e que só remunerava por procedimento, outra teve um programa de bonificação de honorários médicos descontinuado em passado recente, em outra a possibilidade de implantação do método está em estudo pela Diretoria e a quarta associa assalariamento e pagamento por procedimento em ambientes hospitalares. Por fim,

a seguradora entrevistada remunera em alguns setores por procedimento e em outros por pacote, baseando-se em alguns indicadores de resultado.

Dentro do universo amostral de 16 entrevistas, encontramos somente duas operadoras que, hoje, remuneram por desempenho: uma empresa de medicina de grupo e uma cooperativa. Na empresa de medicina de grupo que utiliza remuneração por desempenho os processos já estão bem definidos. Há diversos setores da organização e também dos hospitais a ela ligados em que o modelo já é utilizado rotineiramente, por vezes aliado ao *fee for service* - como no caso dos procedimentos cardíacos e ortopédicos realizados em centros cirúrgicos -, outras vezes associado a salários, sobretudo nos ambulatorios. Na cooperativa, estudos para a implementação da remuneração por desempenho vêm sendo realizados há mais de um ano, mas ela só ocorreu em alguns setores ambulatoriais e junto aos consultórios de médicos cooperados, para atendimentos de determinados grupos de portadores de doenças crônicas e de forma associada ao modelo de remuneração por procedimento.

Para além desses dois casos concretos em que já se implementou, na prática, a remuneração por desempenho, o assunto tem sido estudado com grande interesse por outras operadoras de planos de saúde, algumas das quais elaboraram projetos-pilotos para testar o modelo:

“Estamos estudando modelos de outros países e algumas tentativas no Brasil. A ANS criou grupos de trabalho para discutir o assunto e estamos aguardando os resultados para verificar a possibilidade de implantação imediata”.

“A ANS não montou um grupo técnico para discutir especificamente remuneração por desempenho, mas está mediando um grupo de trabalho sobre remuneração de hospitais que, dentre os diversos temas, aborda o assunto”.

“Nós não tivemos nada implementado em escala (...), porque era uma operadora muito grande e não posso implementar uma medida assim, tresloucada. Nós tínhamos pilotos de modelo de saúde família, e o outro que é um modelo da linha americana, da escola da Harvard, de Porter, muito lastreado na questão do desempenho. Este modelo nós também implementamos e tenho equipes, até hoje, em que nós o utilizamos para super especialidades, ou especialidades que utilizavam tecnologia. (...) Acho que não se deve usar um modelo remuneratório, uma metodologia única. Se sair do fee-for-

service, tem que se fazer uma composição de metodologias. Esta metodologia do desempenho, eu particularmente avalio que ela é adequada para as áreas de especialidades com utilização de alto grau de tecnologia, tanto de complexidade de equipe, quanto de custo muito alto”.

“Nós iniciamos um modelo de remuneração de desempenho para as equipes de cirurgia cardíaca. Eles recebem por procedimento e passamos a remunerá-los pelo desempenho e resultado também”.

Preconiza-se a combinação da remuneração por desempenho, para certas especialidades, com outras formas de remuneração concomitantes. Nas entrelinhas de alguns depoimentos, parece haver interesse principalmente em reduzir os custos acarretados pelo emprego de novas tecnologias na medicina. Esta é, sem dúvida, uma preocupação legítima que pode mobilizar as operadoras para testarem novos modelos que não o *fee for service*. Mas há outra dimensão, não material, percebida na fala de nossos entrevistados: trata-se do desejo de avaliar e aprimorar a qualidade do tratamento, a partir de indicadores adequados de desempenho, resultados e satisfação do cliente.

“Gostaria de implantar um modelo em que os médicos e prestadores de serviços hospitalares pudessem ganhar pelo resultado alcançado no tratamento de seus pacientes. Identificar bons indicadores que possam realmente medir a “qualidade” da assistência oferecida e não simplesmente pedir que os médicos deixem de solicitar um número exagerado de exames e procedimentos. O intuito seria melhorar a qualidade de vida das pessoas e da assistência prestada por médicos e serviços”.

"Sou fã deste modelo de performance, não só na saúde, mas em qualquer lugar onde você consegue medir, criar indicadores e usá-los para alguma coisa.(...)Considero isso bastante interessante, sou muito fã desse modelo e brigo para que ele aconteça. Principalmente para o médico ganhar melhor”.

Mas de qual remuneração por desempenho se está falando? Chamou a nossa atenção, durante a pesquisa, o fato de que nem sempre os sujeitos sabiam dizer exatamente o que é um modelo de remuneração por *performance*. Notamos muita confusão em torno desse conceito, às vezes equiparado a metodologias antiéticas utilizadas no passado com o intuito de diminuir gastos, às custas da não

realização de determinados exames e/ou procedimentos, como as metas referenciais¹². Outras vezes, detectamos receio em introduzir uma nova metodologia de remuneração que possa acabar diminuindo o ganho do médico:

“Não tenho conhecimento direto sobre isso. Sei que algumas Unimeds implantaram; sei que algumas medicinas de grupo implantaram; sei que o tema está em pauta. A nossa questão (...) é saber exatamente o que é performance, porque ela pode ser algo muito interessante para o sistema de saúde, quando colocada na qualidade do atendimento e como um estímulo para o médico quanto à sua qualificação profissional e um atendimento de melhor qualidade. Como pode ser também aquilo que os médicos temem: a performance entendida como uma redução de custos através da imposição de redução de exames, redução de tempo de internação, redução na quantidade de insumos a serem utilizados em um determinado procedimento. Enfim, se performance for redução de custo, isto pode representar sérias conseqüências ao paciente”.

“Entendo que nenhuma proposta de melhor pagamento pode ser condicionada a menos solicitações de exames ou [menos] indicações terapêuticas, (...) como já aconteceu no passado recente, passando pela idéia do managed care, pelas metas referenciais. Acho que, claramente, elas não são indicadoras da melhor medicina. Pelo contrário, acabam inibindo procedimentos de diagnóstico e terapêuticos importantes que o paciente precisa fazer, mas o médico fica inibido em relação a isso, pois seu honorário diminui com a maior indicação. (...) Nós temos que indicar o que é melhor para o paciente”.

“(...) A remuneração por performance ou por desempenho é um conceito relativamente novo no Brasil e o setor ainda está tentando entender o que é e como deve funcionar. É um tema sensível e deve ser muito bem entendido para que não haja práticas não éticas na assistência ao paciente”.

A insatisfação com a situação atual, já tratada em itens anteriores, faz com que a maioria dos dirigentes esteja se movimentando no sentido de propor novos modelos e de agregar itens de resultado, desempenho e satisfação à remuneração. A finalidade é tentar corrigir injustiças com o “bom médico” e resolver problemas de remuneração de algumas especialidades. Os estudos avançam em diversas frentes, mas nem sempre encontram saídas definitivas: *“No nosso caso,*

¹² Metas referenciais eram indicadores ligados principalmente a custos, por exemplo, “solicitar X exames a cada 100 consultas”. Se as metas fossem atingidas, o médico receberia um honorário diferenciado ou uma consulta bonificada. A prática foi recorrente, no Brasil, até alguns anos atrás.

caso do sistema Unimed, ainda não encontramos meios de remunerar melhor o bom médico, o médico que tem um bom desempenho”.

“É um assunto muito interessante, que tem enormes possibilidades e deve ser trabalhado em conjunto. Tem um grupo grande de pessoas envolvidas nisso, os médicos não podem ficar ao largo dessa discussão”.

“Foi decidido pelo Conselho de Administração e até por Assembléia que é extremamente necessário que se implante [um novo modelo], com rapidez, pois existe uma insatisfação por parte de um grupo de médicos, que hoje estão mal remunerados, até pelo tipo de especialidade. Por não terem exames auto gerados, estão mal remunerados e estão se sentindo injustiçados em relação ao restante dos cooperados”.

Se, de um lado, os entrevistados revelam ter esperanças e expectativas em um modelo remuneratório que possa efetivamente melhorar a qualidade da assistência médica, de outro lado, nomeiam as dificuldades que novos formatos, especificamente aqueles que avaliam desempenho e resultados, poderão enfrentar no Brasil, seja na definição dos indicadores, no combate à seleção de risco, na garantia do sigilo médico ou na criação de infra-estrutura e pessoal especializados.

“A primeira dificuldade é a definição no patamar lógico de valorização, se você não tiver isso não dá para ir adiante, não sabe a partir do que você vai remunerar melhor. A segunda questão é definir quais são os indicadores, quais são os parâmetros que define que essa assistência foi de qualidade ou não”.

Foi encontrada uma voz totalmente contrária à pertinência de se debater, inclusive no âmbito da ANS, a possibilidade de um modelo de remuneração por desempenho:

“Querem reinventar a roda. Isso já foi tentado em outros países do mundo. Nos EUA foi tentado e a gente sabe como é que funciona. Performance é mecanismo que as operadoras têm para diminuir custos, à custa da boa qualidade de atendimento médico. Vai em prejuízo do paciente e da prática médica. (...) Os únicos que ganham com essa história de performance são os planos de saúde, que vão reduzir custos. Então eu sou radicalmente contra, acho que isto está surgindo pra tentar equacionar custos hospitalares dos planos de

saúde, então não tem nada a ver com honorário médico. (...) É uma discussão que as operadoras estão puxando através da ANS, que é para reduzir custos hospitalares. Performance para médicos eu sou contra, radicalmente contra, isso já foi tentado em outros países e não funciona. Isso dá uma série de distorções em prejuízo do paciente”.

Encontram-se dificuldades de parte da categoria médica relacionada à falta de informação, ao corporativismo e a resistência dos médicos de serem avaliados e terem seus resultados mensurados:

“Em algumas reuniões das quais participei na ANS, os representantes dos médicos não querem nem ouvir falar em pagamento por performance. Não admitem um médico ganhando mais que o outro, nem a possibilidade de selecionar indicadores que possam mensurar a qualidade da assistência oferecida”.

Mas essas são percepções isoladas. No geral, observamos que há abertura e interesse em incorporar critérios de desempenho e qualidade na determinação da remuneração médica – ou mesmo em utilizar tais critérios de forma autônoma, sem vinculação com os honorários.

Como já foi abordado no item sobre a relação entre remuneração e qualidade, quando o médico é avaliado com seriedade levando em conta os riscos de cada caso específico, ele responde de forma satisfatória e torna-se mais motivado, independente do aumento da remuneração, apenas por saber que seus resultados estão sendo comparados, nas mesmas condições, com os de outros médicos. Isso estimula um ciclo virtuoso em que se busca um desempenho cada vez melhor. A implantação da remuneração por desempenho poderia fortalecer esse ciclo virtuoso.

“Esta melhoria obtida não foi dependente de remuneração, foi dependente de mostrar os indicadores de resultado. Se você atrelar resultado a remuneração, eles ficam muito mais motivados e perseguem melhores resultados (...). Nós achamos que este é o caminho”.

6.6 A demanda por um amplo debate

A pesquisa revelou uma grande necessidade de se promoverem discussões públicas sobre a remuneração dos médicos no Brasil, não apenas sobre a possibilidade de se pagar por desempenho, mas sobre a remuneração médica de uma maneira geral. Em praticamente todas as entrevistas, dirigentes e lideranças sugeriram a realização de um grande debate sobre as questões relevantes ligadas à remuneração do trabalho médico no setor de saúde suplementar brasileiro: *“Acho que a discussão vai se tornar cada vez mais ampla, mas alguma coisa tem que ser feita”*.

“(...) Por isso mesmo, que eu acho que mudar o modelo do campo remuneratório não é tarefa fácil, e digo mais, essa questão só se dará em cima de um debate ético muito forte(...).”

“Nós precisamos de um grande debate, transparente, com uma participação múltipla nesta discussão. A participação só da indústria é realmente lesiva, a participação só da operadora também é, tem que haver mediação. Têm que estar todos os atores presentes na discussão, entidades representativas de pacientes, entidades médicas com suas representatividades, as operadoras de planos de saúde, Ministério da Saúde, ANS, ANVISA. Todo mundo tem que estar no mesmo barco. Agora, como oferecer a melhor saúde, universalizada com qualidade para todos? É uma equação difícil, mas tem que estar todo mundo de forma transparente para demonstrar isso para a população”.

Alguns entrevistados elogiaram, mais de uma vez, a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao chamar a discussão sobre modelos de remuneração. A ANS constitui uma instância fundamental e premente de mediação desta discussão.

“Eu penso que a ANS tem um motivo muito sincero, eu não consigo ver outra motivação que não a de garantir a sustentabilidade do sistema com qualidade e, ao mesmo tempo, garantir uma remuneração que possa contemplar a todos os envolvidos”.

“A ANS criou grupos de trabalho para discutir o assunto e estamos aguardando os resultados para verificar a possibilidade de

implantação imediata. Com tanta resistência do mercado, ainda temos muito caminho a ser percorrido”.

“Nós vemos a iniciativa da ANS com certo otimismo, até porque as empresas já estão começando a fazer algumas propostas com relação a critérios de reajuste, e, portanto, avançaram-se alguns milímetros – mesmo que tenhamos alguns quilômetros pela frente, isso significa pelo menos algum avanço”.

“Acho que isto é necessário, a revisão urgente da regulamentação dos planos de saúde. Eu quero reconhecer que, até percebendo isto, a ANS está tomando uma outra posição hoje. Ela está entrando vigorosamente na discussão de honorários médicos, da relação das operadoras com os prestadores, abrindo comitê de honorários médicos, abrindo comitê de discussão de qualificação de atendimento, o que eu acho muito bom”.

A mediação da ANS se faz tanto mais importante quanto mais variados e desiguais são os interesses e poderes envolvidos no debate. Um dos entrevistados, por exemplo, lembra o papel e o peso dos hospitais nos sistema de saúde suplementar. E outros dois apontam a responsabilidade dos próprios pacientes no bom funcionamento do sistema de saúde suplementar:

“Hoje, os hospitais já consomem quase 70% do dinheiro do orçamento. Então, o hospital é um parceiro complicado no meio desse jogo, ele não briga, mas também não apóia. Do ponto de vista de retórica, ele vai apoiar, senta e discute, mas do ponto de vista prático, não (...). Há uma dificuldade, há uma pressão em cima da ANS para que ela seja mediadora desse processo e espero que se vá para uma discussão mais adequada de conjunto de modelos de remuneração, dependendo do tipo de procedimento – porque (...) pela minha experiência na operadora um único modelo provavelmente não vai satisfazer. Acho que no cenário da saúde suplementar, realmente o médico, nesse momento, não é ele que tem o poder de força maior junto ao sistema e aos pacientes, são os hospitais. Se você observar, a sociedade até reclama, mas se conforma quando se descredencia um médico do consultório; agora, descredenciar um determinado hospital, Nossa Senhora!

“Precisa repactuar. Todo vértice desse triângulo, hoje, tem desvios, desde o próprio paciente com a postura de dano moral. `Eu pago, então posso usar indiscriminadamente, emprestar carteirinha´, etc..”

“(...) a mais ampla participação possível, (...) [inclusive] dos pacientes e seus representantes, porque o paciente precisa saber quanto um médico recebe para fazer um parto, quanto ele precisa de qualificação para desenvolver isso, para desenvolver bem sua

profissão, quanto um médico recebe para fazer uma cirurgia cardíaca, quanto ele recebe por uma consulta”.

É nítida também a tensão entre médicos e operadoras:

“Elas mesmas [as operadoras] construíram este monstro, porque valorizam mal o profissional da saúde e querem controlar custos de alta complexidade, equipamentos, órteses e próteses, medicamentos de alto custo. Não atuando com respeito ao profissional de saúde, dificilmente elas terão sucesso, além de que o que é mais grave, elas estão num conflito de interesse quando elas querem fazer esta discussão com o médico. (...) Seguramente o que vai privilegiar a ação da operadora é a economia, que não vai ser o melhor direcionamento para o tratamento dos pacientes. Então não é ela que tem legitimidade para discutir sozinha este assunto, jamais. Acho que ela teria que contar com a participação das entidades médicas, com as sociedades de especialidades e eventualmente até com representantes dos pacientes”.

As operadoras afirmam que não conseguiriam remunerar mais do que já fazem atualmente, pois as taxas de sinistralidade são crescentes, como, de fato, pode ser observado nas páginas informativas da ANS. As organizações de autogestão também reclamam da dificuldade com os custos crescentes e não observam melhoria da qualidade, pelo contrário. Ao mesmo tempo, vimos o mercado se consolidar cada vez mais nos últimos anos, com a ocorrência de aquisições e fusões. Na visão dos médicos, por outro lado, os grupos “mercantilistas” de medicina de grupo visam apenas ao lucro. Os médicos reclamam da baixa remuneração, alegando que estão sendo desrespeitados:

“As empresas, até o momento (...), têm se negado a discutir critérios de reajuste. Elas têm se negado tanto nos projetos de lei que tramitam no Congresso, como dentro da ANS, na resolução que determina que haja um critério de reajuste. Isto é um problema sério para a classe médica. (...) Ao mesmo tempo nós temos que olhar o sistema, verificar os seus problemas, as suas dificuldades de sustentabilidade e buscar junto com as empresas negociações que permitam que a gente possa avançar conquistando critérios de reajuste e ao mesmo tempo garantindo a sustentabilidade do sistema. (...) Portanto, nós vivemos um momento de decisão, de definição: de um lado encaminhar as negociações, participar delas e tentar avançar; do outro lado temos que ir organizando os médicos e a sua luta porque, historicamente, só se conseguiu avançar quando os médicos foram às ruas. Esta é a nossa situação de hoje e nós trabalhamos nestas duas direções, de um lado organizar a luta dos

médicos e do outro lado buscar com responsabilidade uma negociação que possa contemplar estas necessidades”.

Os médicos têm uma bandeira de luta, a CBHPM, feita, segundo a AMB, com padrões rigorosamente técnicos, capazes de: listar os procedimentos apropriados para uso clínico, que definem a totalidade da atenção médica no momento atual; hierarquizar os procedimentos levando em conta a complexidade, o tempo de execução e o risco da responsabilidade envolvida; definir a valorização para a consulta e, a partir daí, para todos os outros procedimentos automaticamente, o que possibilita negociações nas diferentes regiões do país. A CBHPM existe há quase 10 anos, mas nunca foi implementada totalmente pelas operadas de planos de saúde, as quais ainda utilizam a tabela AMB 92 ou outras tabelas. Como qualquer tabela de preços, presta-se principalmente ao modelo de remuneração por procedimentos.

Outra reivindicação da categoria médica é que se trabalhe com o Programa Diretrizes, instrumento para que o profissional de saúde fundamente suas decisões clínicas com base nas melhores evidências científicas. São 320 diretrizes que apóiam a decisão clínica, sem agredir a individualização dos cuidados e a independência do profissional.

De todo modo, a continuidade desse debate público, de maneira transparente, fundamentada e participativa, é uma das pré-condições para que, eventualmente, se possa implementar outras formas de remuneração no sistema suplementar de saúde. Somente a partir de uma discussão mais ampla sobre os diferentes interesses dos *stakeholders* que compõem o sistema suplementar de saúde e sobre os riscos e injustiças que ameaçam miná-lo, será possível propor mudanças efetivas na remuneração do trabalho médico, inclusive aquelas que levam em conta resultados, qualidade do atendimento e satisfação do cliente.

Fica evidente a importância do tema discutido e da necessidade premente da realização de debate ético, amplo, com envolvimento de toda a sociedade, governo e representantes das categorias profissionais envolvidas. Antes de discutir formas de remuneração, é urgentemente necessário propor maneiras de agregar indicadores de qualidade, de resultado e de satisfação ao cliente, proporcionando à ele as melhores condições possíveis de tratamento médico dentro da realidade financeira.

Fechamos este assunto com o depoimento de um dirigente de uma das maiores operadoras de planos de saúde de nosso país:

“É um tema de relevância nacional e precisa ser colocado na agenda não só do governo, mas dos órgãos reguladores e dos operadores do setor, para que isso de fato possa migrar para algum modelo [de remuneração] que seja portador de futuro, ou seja que tenha muito mais viabilidade no futuro do que esse modelo no qual nós estamos baseados atualmente”.

7. CONCLUSÕES

Discutir readequações na forma de remuneração e avaliação do trabalho médico é uma tarefa fundamental, uma vez que a elevação dos custos com saúde é muito preocupante e vem aumentando em progressão geométrica, não apenas pelas inovações tecnológicas que se sucedem, como também pelo envelhecimento da população e pelo desejo de se oferecer saúde para todos. O aumento dos custos totais do sistema coloca em xeque a possibilidade de remunerar dignamente o profissional da saúde e, simultaneamente, abre brechas para distorções e táticas paralelas de compensação para a sua baixa remuneração. Foi por isso que, nas páginas precedentes, apresentamos conceitos, dados e depoimentos que ajudam a lançar uma luz sobre essa problemática.

O primeiro capítulo dessa Dissertação apresentou os objetivos e a metodologia, em seguida as formas de remuneração mais freqüentes existentes no setor de saúde suplementar – *fee for service*, *capitation*, pacotes, salário e remuneração por desempenho –, bem como as diversas modalidades de operadoras de planos de saúde operando no País, entre as quais, cooperativas médicas, empresas de autogestão, de medicina de grupo, filantrópicas e seguradoras especializadas em saúde. Após a contextualização oferecida pelo capítulo inicial, os capítulos seguintes descreveram os principais resultados da pesquisa qualitativa realizada junto a operadoras de planos de saúde e lideranças médicas.

A pesquisa de campo, desenvolvida entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011, feita através de sondagem eletrônica junto a mais de 300 operadoras (Fase 1) e as entrevistas abertas e individuais realizadas com 16 dirigentes e lideranças médicas permitiu mapear posicionamentos e opiniões de profissionais experientes e que ocupam posições de destaque no setor da saúde suplementar.

Assim, em relação aos objetivos que nortearam a pesquisa anunciados no início da Dissertação, chegamos às seguintes conclusões:

- As razões da predominância do modelo *fee for service* de remuneração do trabalho médico no setor de saúde suplementar brasileiro são: a praticidade do modelo em termos de operacionalização; a vontade da categoria médica de mantê-lo; a possibilidade do médico gerar exames e procedimentos

indiscriminadamente e, assim, aumentar seus ganhos exageradamente; a falta de outros modelos suficientemente testados e conhecidos no Brasil; a inércia e o comodismo das operadoras; o lobby das indústrias farmacêuticas e de equipamentos junto aos médicos; a prática liberal da medicina. Porém há entendimento praticamente consensual de que o *fee for service* induz a gastos desnecessários, existem críticas severas e contundentes à este modelo de remuneração predominante e grandes esforços para tentar substituí-lo por outras formas de remuneração que reduzam a excessiva demanda, já que os recursos destinados a saúde são escassos e não há possibilidade de elevação de preços indefinidamente.

- As tendências para a modificação dos modelos de remuneração no Brasil são múltiplas e difíceis de prever com exatidão. Muitos dirigentes estudam modelos remuneratórios alternativos ao *fee for service* e há percepção quase unânime de que transformações no sentido de minimizá-lo são necessárias e tendem a ocorrer nos próximos anos. O assalariamento é cada vez mais encontrado, seja nos serviços hospitalares e de diagnóstico, bem como em diversas estruturas ambulatoriais das operadoras de planos de saúde; os pacotes também surgem como alternativa cada vez mais evidente para compartilhar riscos entre operadoras e prestadores e já se observam modelos de remuneração híbridos que associam *fee for service* ou salário à critérios de desempenho bem estabelecidos em algumas grandes operadoras brasileiras. Porém, parece bastante provável que, em médio prazo, critérios de desempenho e satisfação sejam incorporados no cálculo dos honorários médicos, pois algumas das maiores operadoras de planos de saúde estudam com profundidade o tema e a discussão em torno do assunto começa a se acentuar, inclusive no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de poucos estarem satisfeitos com a predominância do *fee for service*.
- Os modelos de remuneração mais adequados à nossa realidade talvez sejam os híbridos ou combinados, pois, embora a avaliação de desempenho represente um salto fundamental, nem todas as operadoras possuem estrutura tecnológica adequada, capacidade de armazenamento de informações e pessoal treinado que permitam implantar a remuneração por

desempenho integralmente. O mais importante é que os critérios de remuneração do trabalho médico sejam transparentes e discutidos com todos os envolvidos, inclusive com a categoria médica. E também que, independentemente do modelo de remuneração encontrado, se consiga chegar a um patamar digno para os profissionais da saúde, evitando que eles busquem estratégias escusas e extra-oficiais a fim de aumentarem seus ganhos, ou que se sobrecarregam com plantões e múltiplos empregos e, principalmente haja melhoria efetiva de todos os processos de atendimento dos beneficiários da saúde suplementar com redução de procedimentos desnecessários, priorização da qualidade dos serviços, otimização dos resultados e melhoria dos índices de satisfação de todos os envolvidos na cadeia da saúde .

- A relação entre remuneração do trabalho médico e qualidade dos serviços oferecidos abarca diversas dimensões: em primeiro lugar, quanto mais tempo o médico tiver para dedicar ao paciente, melhor será o atendimento, e isso depende do número de consultas e procedimentos que ele precisa agendar por dia para garantir sua sobrevivência digna; em segundo lugar, quanto mais atualizado e satisfeito estiver o médico, menor o risco de que indique, impensadamente, exames e procedimentos custosos e desnecessários, onerosos para as operadoras de plano de saúde; em terceiro e último lugar, os profissionais da saúde precisam de desafios e estímulos e, ao serem avaliados em relação à satisfação dos pacientes e familiares e em relação ao grau de êxito obtido nos tratamentos, podem repensar e aprimorar suas práticas, tentando se superar – contanto, é claro, que confiem na metodologia de avaliação e que ela leve em conta as especificidades de cada caso e especialidade.
- A implantação de modelos de remuneração por *performance* no setor de saúde suplementar brasileiro é viável, mas de forma gradual e talvez apenas parcial, em algumas operadoras. As pré-condições para que a remuneração por *performance* se dissemine no país são: o aprofundamento e a continuidade do debate público acerca dos modelos de remuneração existentes e das limitações do *fee for service*; a divulgação, por parte do

grupo técnico de honorários médicos formado pela ANS, de critérios e parâmetros que possam nortear as operadoras interessadas em implantar o modelo; o desenvolvimento de um sistema de ajuste de risco, de acordo com a complexidade dos casos e especialidades, evitando que os médicos deixem de atender certos pacientes graves com receio de diminuição da sua remuneração ; a regulamentação e fiscalização da relação entre indústrias farmacêuticas e de materiais e equipamentos, a classe médica e as operadoras; a aquisição e contratação, por parte das operadoras, de sistemas de tecnologia de informações e profissionais capacitados para gerilos adequadamente, sem ameaçar o sigilo médico.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- No setor de saúde suplementar, o pagamento por procedimentos ou *fee for service* é absolutamente predominante, enfoca somente a quantidade de atendimentos. Seria desejável que a qualidade fosse contemplada de alguma maneira, para benefício da população usuária dos serviços.
- A avaliação de desempenho e de resultados, quando bem desenhada e acordada, pode trazer benefícios que vão além dos econômicos, motivando o aprimoramento e a superação constantes dos médicos.
- Para que seja possível uma eventual disseminação da remuneração por *performance*, a definição de indicadores de qualidade e de padrões exitosos, em termos de trabalho médico, é fundamental. Mas é também muito complicada. Primeiro, porque fatores biológicos e comportamentais que independem do profissional da saúde interferem na evolução dos pacientes; segundo porque remunerar melhor casos bem sucedidos pode levar os médicos a evitarem pacientes graves e com complicações, o que torna necessária a criação de um sistema de ajuste de risco.
- Embora algumas das operadoras digam que já testaram ou que pensam em implantar modelo de remuneração por *performance*, poucas efetivamente o fizeram ou sabem como fazê-lo. E, apesar de quase todas criticarem o modelo *fee for service*, não acham que há outra forma mais prática e universal de remuneração, no contexto brasileiro, nesse momento.
- Há forte área de tensão entre a categoria médica e as operadoras de planos de saúde, inclusive com algumas sociedades de especialidades de algumas localidades mobilizadas para diminuir ou paralisar o atendimento aos usuários do sistema suplementar. É necessário remunerar os médicos de forma digna, é também necessário, por parte dos médicos, agir de acordo com as

melhores práticas baseadas em sólidas evidências científicas e com elevado bom senso.

- É importante tomar providências urgentes no sentido de analisar a introdução acrítica de novos equipamentos e medicamentos, de rever a relação espúria entre esta indústria e alguns médicos e abolir definitivamente a prática do comissionamento, ilegal, antiético e nocivo à várias partes da cadeia da saúde, principalmente aos médicos.
- Para melhorar, de fato, a qualidade do atendimento à saúde, no Brasil, seria preciso mais do que uma readequação dos modelos de remuneração que, isolados, não conseguem resolver problemas ligados, por exemplo, aos modelos assistenciais praticados e as falhas na formação profissional. Por outro lado, sem uma readequação da remuneração, a tendência é de que o atendimento aos pacientes se deteriore cada vez mais.
- No setor de saúde suplementar, o baixo valor pago pelas consultas médicas acarreta efeitos perversos, como a curta duração dos atendimentos, a auto-geração excessiva de exames e procedimentos pelos especialistas que podem fazer isso, e ainda a desvalorização das especialidades que não ganham com procedimentos suplementares, como a pediatria e a clínica médica.
- Observa-se a opinião disseminada de que um debate sobre novos patamares e mecanismos de remuneração médica é urgente, no País. A ANS já iniciou um processo nesse sentido, porém os interesses das operadoras, dos médicos, dos pacientes e dos fornecedores de materiais e medicamentos dificilmente irão convergir. Daí a importância de uma mediação eficiente no processo.

Finalmente, sugerimos pesquisas que possam construir indicadores de qualidade relacionados à estrutura, processo, resultado e satisfação dos clientes para implantação de novos modelos de remuneração em nosso país.

Temos consciência de que nosso trabalho representa apenas uma pequena peça numa grande construção, mas esperamos que, mesmo assim, ajude a preencher uma lacuna acadêmica e inspire outras pesquisas que a complementem ou superem.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABICALAFFE, C. Blog Pagamento por Performance por Saúde Business Web, São Paulo. Disponível em:
<http://www.saudebusinessweb.com.br/blogs/blog.asp?cod=174&arquivo=11/2010>.
Acesso em 24/11/2010.

ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Texto para Discussão nº 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília, 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>.

ANDREAZZI, M. F. S. *Formas de remuneração de serviços de saúde*. Texto para Discussão nº 1066, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília, 2003. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>.

ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. São Paulo. Disponível em http://www.amb.org.br/teste/cbhpm/apresentacao_e_resolucao_cfm.pdf. Acesso em 15.05.2010.

BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Osvaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, 1999.

BALZAN, M.V. *O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares*. 2000. 93 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

BANCHER, A.M. *Medicina Preventiva no Setor Suplementar de Saúde: Estudo das Ações e Programas Existentes e das Motivações para sua Implantação*. 2004. 171 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF. Disponível em http://www.amb.org.br/teste/cbhpm/cbhpm_5a_ed.pdf. Acesso em 15.05.2010.

BRASIL. Resolução CFM Nº 1956/2010 de 07 de outubro de 2010. *Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina a arbitragem de especialista quando houver conflito*. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF. DOU em 25/10/2010.

BRASIL.(b) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Informações em Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03A.DEF. Acesso em 26.06.2010

BRASIL.(a) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Notícias. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPagelId=8A9588D4249738000124974BF44B05BE&lumItemId=8A95886529B28D510129D645D1746049>. Acesso em 15.07.2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Relatório anual, dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site>. Acesso em 07.05.2010

BRASIL.(c) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Relatório anual, dezembro de 2010. Disponível em: http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822C378C2E012D52D689D44521/Caderno_2010-12-emb_WEB.pdf . Acesso em 20.01.2011

BRASIL. Resolução- RDC nº 39 de 27 de outubro de 2000. *Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPagelId=8A95886526E8455F0126F18D60AF0FE4&lumIId=8A95886526E8455F0126F196909C189B>

BRASIL. Lei 5764, de 16 de dezembro de 1971. *Define a Política Nacional do Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências*. Lex: legislação federal, Brasília, DOU em 16/12/71.

BRASIL. Lei 9656, de 03 de junho de 1998. *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. Lex: legislação federal, Brasília, DOU em 04/06/98.

BRASIL. Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. *Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências*. Lex: legislação federal, Brasília, DOU em 14/02/01.

CARLSEN, F., & GRYTTE, J. (2000). Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*, 19(5), 731–753.

CERVO, A. L., & BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAIX-COUTURIER et al. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: Results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(2), 133–142.

CHERCHIGLIA, M.L. *Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica* - Washington, DC. OPAS/WHO, 2002.

CHERCHIGLIA, M.L. (1994) Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Caderno de Saúde Pública*, 10(1), Rio de Janeiro, Jan./Mar., 1994.

CHRISTIANSON, J., LEATHERMAN, S., & SUTHERLAND, K. (2008). Lessons from Evaluations of Peuchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the evidence. *Med Care Res Rev* . 65(6); 5S-35S.

COMMONWEALTHFUND. Disponível em:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Chartbook/2010/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FULL_12022010.pdf Acesso em 15.01.2011.

DEVLIN, R., & SARMA, S (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*. 27(5), 1168-1181.

ESCRIVÃO JR, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 655-666.

ESCRIVÃO JR., A., & KOYAMA, M. F. (2007). O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência & Saúde coletiva*, 12(4), 903-14.

GAWANDE, A. A.. *The Cost Conundrum* por *Blog New Yorker*. Disponível em :
http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande?currentPage=6 . Acesso em 20/11/2010.

GENE-BADIA, J. (2007). Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy (Amsterdam)*, 80(1), 2–10.

GLICKMAN, S., & PETERSON, E. (2009). Innovative Health Reform Models: Pay for Performance Initiatives. *Am J Manag Care*, 15, 300-305.

GOMES, C.L.S.. *Remuneração Médica: Uso de Incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na Saúde Suplementar*. 2010. 111pg. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

GOSDEN, T. et al (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 44–55.

GREENE, S., & NASH, D. (2009). Pay for Performance: An Overview of the Literature. *American Journal of Medical Quality*, 24, 140-163.

HICKSON, B., ALTEMEIR, A., & PERRIN, M. (1987). Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*, 80(3), 344–350.

HIPÓLITO, J.A.M. Sistema de recompensas: uma abordagem atual in FLEURY, M. T. L.(org.). *As pessoas na Organização*. 8 ed. São Paulo: Gente, 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academy Press.

INSTITUTE OF MEDICINE. (2007). *Rewarding Provider Performance: aligning incentives in Medicare*. Washington, DC: The National Academy Press.

JEGERS, M. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255-273.

MACEDO, R. A. *Análise das Estratégias de Entrada de Mercado adotadas por uma Organização Privada de Saúde: O Caso Fleury S.A.* 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007.

MACERA, A., & SAINTIVE, M. B.. *O mercado de saúde suplementar no Brasil* Documento de Trabalho nº 31/2004. SEAE/Ministério da Fazenda. Disponível em: http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2004 . Acesso em 15/08/2010.

MARCONI, M. A., & LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MCGLYNN, E. A. et al. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.*, 348(26), 35-45.

MEDDINGS, J., & McMAHON Jr. (2008). Mesuring Quality in Pay-for-Performance Programs. *Dis Manage Health Outcomes*, 16(4), 205-216.

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde in PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: IPEA, 1995, pg.60-6.

MULLEN, K.J., FRANK, R.G., & ROSENTHAL, M.B. (2008) Can you get what you pay for? *RAND Journal of Economics*, 41(1), 64-91.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT –OECD (2009). *Survey on Health System Characteristics 2008-2009*. Disponível em: <http://www.oecdlibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmfxfq9qbnr.pdf?expires=1281353748&id=0000&accname=guest&checksum=55C21C47CB4BFC6706CB48E0B46750A2>. Acesso em 15.06.2010.

OKAZAKI, R. *Identificação de Ineficiências na Cadeia de Valor da Saúde, a Partir da Análise da Gestão de Compras de Quatro Hospitais Privados do Município de São Paulo*. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2006.

RESCHOVSKY, J. et. al. (2006). Effects of compensation methods and physician group structure on physician's perceived incentives to alter services to patients. *Health Services Research*, 41(4), 1200-1220.

ROBINSON, J.C. (2001). Theory and Practice in the design of physician payment system. *The Milkbank Quartely*, 79(2), 149-173.

ROBINSON, J.C. et. al. (2004). The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physicias Organizations. *HSR: Health Services Research*, 39(5), 1589-1606.

ROBINSON, J.C. et. al. (2009). Measurement of And Reward for Efficiency in California's Pay-for-Preformance. *Health Affairs*, 28(5), 1438-1447.

- ROSENTHAL, M.B. et al. (2006). Pay for performance in Commercial HMOs. *N Engl J Med*, 355, 1895-1902.
- SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. *Metodologia de pesquisa*, São Paulo: McGraw Hill, 2006.
- SCHUSTER, M., MCGLYNN, E., & BROOK, R. (1988) How Good is the Quality of Health Care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 76(4), 517-63.
- SORENSEN, R. J., & GRYTTEN, J. (1999). Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees. *Health Economics*, 8(6), 497–508.
- TOBAR, F., ROSENFELD. N., & REALE, A. (2007). Modelos de pago em servicios de salud. *Cuaderno Medicos Sociales*, 74, 39-53.
- URQUIZA,R. (2010). Mecanismos de pago para los medicos de Atencion Primaria. Opciones y Possibilidades. *MPA e-Journal Med FAm. & At. Prim. Int.*,4(1), 3-6
- VAN HERCK, P. et al. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health services Research*, 10-247.
- USAID *Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint*. 2008. Disponível em <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>
- WRANIK W et al (2010). Physician Remuneration Methods for Family Physicians in Canada: Expected Outcomes and Lessons Learned. *Health Care Anal*, 18, 35-59.

ANEXO A – PESQUISA DE CAMPO FASE 1: QUESTIONÁRIO POR E-MAIL

No corpo corpo do e-mail enviado aos dirigentes, havia o seguinte conteúdo:

Prezado senhor,

Venho contatá-lo para solicitar sua valiosa participação em uma pesquisa acadêmica, que não lhe tomará mais de 5 minutos. Sou médico e aluno do Mestrado Acadêmico da Fundação Getulio Vargas. Estou elaborando uma dissertação de mestrado, na qual abordo as formas de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. Peço sua inestimável colaboração, respondendo a uma única questão:

Qual(is) são as formas de remuneração do trabalho médico praticadas pela operadora de plano de saúde que o senhor(a) dirige?

Fee-for-service (por procedimento) ()

Capitation ()

Salário ()

Por *performance* ou desempenho ()

Outras formas ()

Quais? _____

Formas mistas de remuneração ()

Favor informar também:

Cargo ocupado atualmente: _____

Nome da operadora de saúde: _____

Telefone de contato comercial: _____

Agradeço imensamente sua contribuição, e peço a gentileza de retornar, se possível, em até 5 dias úteis. Fica garantida a confidencialidade da pesquisa; os resultados serão divulgados em formato estatístico, sem individualização das respostas. Qualquer dúvida, estou à disposição nos contatos abaixo.

Saudações acadêmicas,

Ricardo de Oliveira Bessa (16) 91468313 ricardo.bessa@gmail.br

ANEXO B – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS DIRIGENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo, função, filiação institucional: _____

1. Qual a modalidade de operadora de plano de saúde dirigida pelo(a) senhor(a)?
2. Qual o número de clientes e o faturamento aproximado de sua operadora?
3. A qual percentual do faturamento corresponde a remuneração de honorários médicos?
4. Quais os modelos e critérios de remuneração do trabalho médico na sua operadora?
5. Considerando as críticas que se costuma fazer ao método de remuneração por procedimento, ou *fee-for-service*, por que este método é utilizado em larga escala na operadora dirigida pelo(a) senhor(a)?
6. Existe algum tipo de remuneração por *performance* na operadora dirigida pelo(a) senhor(a)? Caso não haja, está sendo cogitada a implantação de algum modelo de remuneração por *performance* na operadora dirigida pelo senhor(a)? Se sim, quais e por quê?
7. Existe interesse, em sua organização, em modificar o modelo de remuneração médica?
8. No seu entendimento, existe alguma relação entre a remuneração médica e a qualidade do serviço prestado ao cliente?
9. Quais as tendências de remuneração dos honorários médicos em nosso país?
10. Gostaria de dizer mais alguma coisa sobre a questão da remuneração dos médicos ou sobre a relação entre modelos de remuneração e o conjunto do sistema de saúde?

ANEXO C – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELAS LIDERANÇAS DE ASSOCIAÇÕES MÉDICAS, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA E DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SIPLEMENTAR.

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo, função, filiação institucional: _____

1. Considerando as críticas existentes ao método de remuneração por procedimento, ou *fee-for-service*, na sua opinião, por que este método é utilizado em larga escala em nosso país?
2. O(a) senhor(a) acha que existe interesse, por parte das operadoras de planos de saúde, em modificar o modelo de remuneração médica praticado?
3. O(a) senhor(a) tem conhecimento de modelos de remuneração por *performance* praticados por alguma operadora de planos de saúde?
4. Tem sido discutida a implantação de modelos de remuneração por *performance* em algumas operadoras. O que o(a) senhor(a) acha disso?
5. No seu entendimento, existe alguma relação entre a remuneração médica e a qualidade do serviço prestado ao cliente?
6. Quais as tendências de remuneração dos médicos em nosso país?
7. Qual o objetivo da ANS, ao montar grupos técnicos para a discussão da viabilidade da implantação de modelos de remuneração por *performance* no Brasil?
8. Gostaria de dizer mais alguma coisa sobre a questão da remuneração dos médicos no Brasil ou sobre a relação entre modelos de remuneração e o conjunto do sistema de saúde?