

FORMAS DE PAGAMENTO E PRÁTICA MÉDICA: teoria e evidências empíricas

Mariangela Leal Cherchiglia, MD, MSc*

1. INTRODUÇÃO

As formas de pagamento de serviços médicos têm-se tornado cada vez mais complexas, como resposta à intensificação do controle de custos e coordenação clínica, ao registro de dados para planos de saúde, à ação das entidades de acreditação, das agências regulatórias, e governos. A histórica dominância do pagamento de honorários ou por unidade de serviço/procedimento, preferida pelos médicos, tem perdido terreno para o pagamento por capitação e mesmo por salário, mas, principalmente, para as diversas combinações destas três formas de pagamento.

Nesta revisão são apresentados os principais sistemas e formas de pagamento médico (puras e mistas) nos países desenvolvidos e América Latina, discutindo-se a maneira como afetam o comportamento médico. A teoria de agência é utilizada para examinar a relação contratual entre organizações provedoras de serviço de saúde (principal) e os médicos (agente). As evidências empíricas oriundas, principalmente, dos países da OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) embasam as discussões sobre as diversas formas de pagamento e incentivos, e as possíveis alterações que ocasionam na prática médica.

2. SISTEMAS E FORMAS DE REMUNERAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO

A OIT (Organização Internacional do Trabalho, 1985) reconhece dois principais sistemas de remuneração: Sistema de Remuneração por Resultado e Sistema de Remuneração por Tempo. As diversas modalidades de remuneração

*NESCON/DMPS/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Alfredo Balena 190, 10º andar
Cep: 30 130-100 Belo Horizonte, Minas Gerais
Tel: (55 31) 3248 9941 Fax: (55 31) 3248 9675
E-mail: cherchml@medicina.ufmg.br

médica estariam dentro de um ou outro sistema, ocorrendo entre eles inúmeros arranjos de tipo *mix* (Lee et al. 1990; Bodenheimer & Grmback, 1994).

A Remuneração por Resultado é um 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 ou capitada.

No Sistema de Remuneração por Tempo o ganho é em função do tempo em que o trabalhador está à disposição de seu empregador. Não existe uma relação explícita, formal e previamente estabelecida entre remuneração e volume de produtos produzidos. O médico é empregado pelas horas que trabalha na clínica, um certo número de noites ou por tempo integral, recebendo um salário anual, usualmente numa base mensal, para um número específico de horas por semana.

SISTEMA DE REMUNERAÇÃO POR PRODUTO/RESULTADO

Considera-se que o pagamento de honorários ou por unidade de serviço/procedimento (*Fee for Services*) e o pagamento por capitação constituem os pólos extremos de um *continuum* baseado no nexos pagamento-tratamento. Entre estes pólos extremos se situaria uma imensa gama de formas intermediárias que fariam variar tão somente o grau ou nível de desagregação do ato ou procedimento eleito como unidade funcional para o pagamento (Bodenheimer, 1994)

Um nível de extrema desagregação é representado pelo pagamento em separado de cada procedimento singular, é o reembolso tradicional pela prestação de cada unidade de serviço isolada, como a visita do médico, a consulta, a cirurgia, o parto (no caso da remuneração do trabalho); a remoção de uma sutura, o exame de laboratório, o eletrocardiograma, o engessamento (no caso dos serviços de apoio terapêutico ou diagnóstico); etc. Embora o preço por cada tipo de serviços possa ser determinado *a priori*, os ganhos não são limitados por um acordo prévio de tipos e quantidade de serviços prestados e o reembolso é baseado no custo. É o denominado pagamento retrospectivo. Uma forma de pagamento mais agregada é representada pelo pagamento de taxas globais por serviços relacionados. Por exemplo: uma taxa global para a

gravidez incluindo todas as consultas de pré-parto, o parto e o atendimento pós-parto como em alguns serviços de obstetrícia. Outra forma agregada seria a capitação, no qual é pago ao médico um montante por paciente inscrito com ele ou sob seu cuidado. Usualmente o valor do pagamento por um pacote de serviços é negociado e acordado antes do tratamento ter sido realizado. Prospectivamente se determina o valor de um pagamento – incluindo os pagamentos baseados em capitação ou em casos (é denominado pagamento prospectivo)

Pagamentos por capitação e por casos são as formas típicas de pagamento prospectivo enquanto o pagamento de honorários ou por unidade de serviços/procedimentos é a típica forma de reembolso retrospectivo.

PRINCIPAIS FORMAS DE REMUNERAÇÃO POR PRODUTO

Por honorário ou unidade de serviço/procedimento (Fee-for-Services): é o sistema de pagamento mais tradicional para remunerar o trabalho médico. Nesta forma remunera-se, em separado, cada procedimento singular, como a visita do médico, a consulta, a cirurgia, o parto (no caso da remuneração do trabalho); a remoção de uma sutura, o exame de laboratório, o eletrocardiograma, o engessamento (no caso dos serviços de apoio terapêutico ou diagnóstico); etc. Embora o preço por cada tipo de serviços possa ser determinado *a priori*, os ganhos não são limitados por um acordo prévio de tipos e quantidade de serviços prestados e o reembolso é baseado no custo. É o denominado pagamento retrospectivo remunera-se cada ato médico, cada exame solicitado, cada cirurgia, ou seja, cada procedimento realizado (o pagamento geralmente depende do tipo de demanda), e ocorre após o cuidado ter sido provido. Pagamento por meta (*Target payment*) é uma forma de pagamento por honorário pelo qual o médico é remunerado se, e somente se, ele alcança uma meta de serviços. Este método de pagamento foi primeiramente introduzido no Reino Unido em 1990.

Por caso ou episódio de doença: é a remuneração baseada em um valor global definido de forma prospectiva pelo diagnóstico. Esta forma tem sido utilizada nos USA para pagamento de serviços médicos ambulatoriais do *Medicare*. Neste sistema a fixação (determinação) dos valores dos serviços

profissionais médicos nas distintas especialidades toma em consideração variáveis como: (i) o esforço e a intensidade do trabalho dedicado em cada caso; (ii) os custos incorporados ao trabalho em termos de capacitação e qualificação pregressas; (iii) os riscos diretamente ligados ao exercício profissional (Hsiao, 1992).

Por Capitação: se remunera o médico um valor fixo por paciente inscrito ou capitado¹ por um período determinado, independente do tipo e quantidade de serviço prestado (número de visitas ou consultas). Este pagamento pode cobrir uma parte ou todo o cuidado recebido por um paciente. Tal valor é sempre menor que o custo médio de um tratamento previsto por uma especialidade médica.

SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO MISTOS

Na tentativa de balancear as qualidades positivas e negativas inerentes a cada sistema ou forma de pagamento, têm se buscado misturar elementos do sistema de remuneração por tempo e por resultado e as formas de pagamento retrospectivo e prospectivo. No setor saúde, elementos do pagamento prospectivo encorajam médicos a desenvolver uma prática com consciência de custo, enquanto elementos do retrospectivo os incentivam a aceitar especialmente pacientes de risco e manter uma prática de escopo mais abrangente. Já elementos do sistema de pagamento por tempo encorajam o esforço cooperativo e responsabilidade de equipe.

Forma de pagamento misto para médicos de atenção primária

Capitação e unidade de serviço/procedimento: A forma mais comum de remunerar médicos generalistas, nos países da OECD, continua sendo um montante fixo por paciente inscrito, suplementando com pagamento por unidade de serviço/procedimento, retrospectivamente, alguns serviços específicos (ajuste por idade, sexo e por pacientes de custos elevados). A

¹Outro conceito de capitação que não deve ser confundido com este refere-se ao sistema de pagamento a serviços de manutenção da saúde (ou seguradoras) por empresas ou organizações para atendimento de seus empregados. Neste caso a organização seguradora ou mantenedora de serviços de saúde recebe um montante mensal ou anual por pessoa comprometendo-se com a sua atenção nas bases contratadas.

maioria dos serviços pagos por unidade de serviço/procedimento consiste em vacinação, mamografia e outros de atividade preventiva. Da mesma maneira, visitas do médico ao paciente fora do consultório, incluindo serviços de emergência, visitas domiciliares etc, são pagos por unidade de serviço/procedimento para encorajar a continuidade do cuidado. Procedimentos de consultório e serviços que envolvam suprimentos caros também são pagos por unidade de serviço/procedimento para cobrir o custo do material. O mais importante conjunto de serviços clínicos, considerado fora do orçamento da capitação, seria a categoria de consultas e procedimentos na fronteira entre cuidado primário e especializado. A suplementação da capitação com pagamentos por unidade de serviço/procedimento, para este conjunto de serviços incentivaria os médicos generalistas a proverem, pessoalmente, a maioria dos serviços demandados pela média de pacientes, desencorajando-os a tornarem-se meros agentes de triagem. Nesta forma mista os custos fixos são cobertos pelo pagamento prospectivo (capitação) e o custo marginal de prover serviços específicos é coberto pelo pagamento retrospectivo (por unidade de serviço/procedimento) (Robinson, 1999 e 2001).

Salário e unidade de serviço/procedimento: Esta forma teria os mesmos fundamentos e princípios, além de trazer os mesmos incentivos, que a forma mista por capitação e unidade de serviço/procedimento. A diferença básica está que no pagamento por salário existe um vínculo empregatício formal com a organização, e isto implica em todos os encargos trabalhistas, que dependendo de cada país tem um grande impacto no custo final do trabalhador. Do ponto de vista profissional, permite maior tranquilidade e segurança no trabalho principalmente em relação aos períodos de inatividade (férias, doenças, aposentadoria) (Cherchiglia, 1994).

Forma mista para pagamento de médicos especialistas

Orçamento e unidade de serviço/procedimento: Originalmente os especialistas eram pagos somente por unidade de serviço/procedimento (*Fee-for-Services*). Nos tempos atuais, está ocorrendo um redirecionamento para a forma mista de orçamento por departamentos de especialidades e em alguns casos capitação baseada em encaminhamentos (referenciado por um médico

da atenção primária). Pagamento por orçamento usualmente inicia-se com a formação de um departamento virtual de especialistas, como de cardiologia, ortopedia etc, que pode receber um recurso orçamentário pré-determinado por visitas ou procedimentos realizados por cada membro. A função econômica do departamento é servir de base para disciplinar o recurso orçamentário. O montante disponível é dividido, primeiramente, entre cuidados primários e especializados e então, entre os vários departamentos de especialistas. Dentre os departamentos esta divisão se faz, usualmente, por um coeficiente de preço, determinado por uma série histórica. Anualmente o preço é reajustado por um fator de conversão inversamente proporcional ao número de pagamentos solicitados (RBRVS) pelo departamento durante o período do orçamento. Isto leva a um interesse na criação de protocolos por especialidade, maior seletividade na incorporação de membros ao departamento, discussões interespecialidades sobre a propriedade dos encaminhamentos e à profissionalização coletiva (Robinson, 2001).

Capitação por “contato”: Estende o princípio do pagamento prospectivo da atenção primária para o contexto do médico especialista utilizando o encaminhamento inicial de um médico generalista para o especialista como forma de gatilho do evento. Um paciente referido traz para o especialista um pagamento definido e a responsabilidade de prover toda a atenção especializada requerida pelo paciente num período definido de tempo. Cada nova visita, testes ou procedimentos não traz renda adicional exceto em casos especiais, que são pagos por unidade de serviço/procedimento (Horowitz, 1997; Frank & Roeder, 1999; Robison, 1999).

Por caso/episódios de doenças: Uma fórmula que está se tornando popular para o pagamento de especialidades médicas, nos Estados Unidos, é o pagamento por episódio de doença utilizado há muitos anos na cirurgia, onde os cirurgiões são pagos por um conjunto de trabalho: o pré-operatório, a própria cirurgia e o monitoramento pós-operatório. Esta forma é, portanto, semelhante ao DRG pagos para hospital. A fundamentação teórica do pagamento por caso é a distinção entre risco epidemiológico ou probabilístico, por um lado e o risco clínico ou técnico por outro. O risco probabilístico abrange a incidência e os custos do cuidado que estão além do controle ou

responsabilidade do médico, enquanto o risco técnico abrange a utilização e custos de serviços que estão sob seu controle. Pagamento por caso, em princípio aloca a probabilidade de risco para o terceiro pagador que paga ao médico somente se o paciente precisa do cuidado, e paga o suficiente para cobrir os custos de um cuidado eficiente. Já o risco técnico seria do médico, uma vez que o pagamento por caso é predeterminado em bases da característica do episódio não reembolsando, assim, gastos retrospectivamente. Pagamento por caso, também, pode ser desenvolvido para episódio de cuidado que envolva múltiplos especialistas ou serviços profissionais. (Robinson, 1999)

No Quadro 1. vemos as principais formas de pagamento médico (“puras” e mistas).

Quadro 1. Formas de pagamento segundo unidade de serviço e seu caráter prospectivo e/ou retrospectivo

Forma de Pagamento	Unidade de serviço	Retrospectivo ou Prospectivo
Honorários ou por unidade de serviço/procedimento (Fee-for-Services)	Por unidade de serviço/procedimento	Retrospectivo
Capitação	Por pessoa para qual o serviço é provido	Prospectivo
Baseado em casos	Por caso ou episódio	Prospectivo
Salário	Tempo à disposição	Prospectivo
Orçamento e unidade de serviço/procedimento	Por pessoa para qual o serviço é provido Por unidade de serviço/procedimento	Prospectivo e Retrospectivo
Salário e unidade de serviço/procedimento	Tempo à disposição Por unidade de serviço/procedimento	Prospectivo e Retrospectivo
Capitação por “contato”	Por pessoa para qual o serviço é provido Por unidade de serviço/procedimento	Prospectivo e Retrospectivo
Por caso/episódios de doenças e unidade de serviço/procedimento	Por caso ou episódio Por unidade de serviço/procedimento	Prospectivo e Retrospectivo

No Quadro 2, podemos observar que o pagamento por honorário ou unidade de serviço/procedimento continua a ser a forma prevalente de remuneração dos médicos que trabalham em atenção primária nos países desenvolvidos e no setor privado da América Latina. Por outro lado, vemos, nos Estados Unidos, que a forma por capitação tem se tornado quase tão importante quanto à de honorário. O assalariamento, ainda é relevante forma de remuneração, especialmente no setor público da América Latina (Nigenda, 1997; WHO, 1997).

Quadro 2. Principais formas de pagamento de médicos de cuidados primários em países selecionados e América Latina

País	Atenção Primária (Ambulatorial)
Áustria	Honorários ou por unidade de serviço/procedimento
Bélgica	Honorários
Dinamarca	Honorário (63%) e capitação (28%)
França	Honorários e Salários
Alemanha	Honorários
Itália	Capitação (ajustada por idade)
Reino Unido	Capitação (ajustada por idade), honorários e pagamento por metas (Target Payments)
Finlândia, Grécia, Portugal, Suécia	Salário
Estados Unidos	Honorários (36%), Capitação (35%), Salário (23%)
América Latina	Honorários (setor privado) e Salário (setor público e privado)

Fonte: WHO. 1997. European Health Care Reforms, p. 145

3. FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE MÉDICOS NA AMÉRICA LATINA: UMA INTERROGAÇÃO

Existe uma carência de dados, informação e estudos sobre o tema na América Latina, que revele, não somente quais as formas de remuneração praticadas pelas organizações provedoras de serviços de saúde, mas também, que desvende as inter-relações entre as formas de pagamento e eventuais mudanças da prática médica. Os dados, apresentados no Quadro 3, são de pesquisas sobre o tema realizadas na primeira metade dos anos 90.

Quadro 3

Formas de remuneração do trabalho médico praticadas no Uruguai, elaborada pelo Sindicato dos Médicos do Uruguai para efeitos de um seminário latinoamericano onde o assunto foi tratado (citado por Girardi, 1994)

- pagamento direto de honorários livremente pactuado entre o provedor (o profissional) e o cliente (o paciente) sem a intervenção do terceiro pagador;
- pagamento na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos. Nestes casos os valores são pré-estabelecidos e geralmente existe a figura do terceiro pagador (as tabelas podem ser estabelecidas desde dentro da corporação profissional, da corporação seguradora, etc.);
- pagamento por caso ou diagnóstico, independente do número e tipo de atos ou “serviços”, visitas ou atendimentos realizados;
- pagamento por capitação (por pessoa registrada ou convencionalmente assignada);
- pagamento de salário por tempo fixo
- pagamento de salário variável em função de volume e qualidade de atos e procedimentos;
- pagamento de um mix - salário (parte fixa, parte variável).

Formas de remuneração de médicos em hospitais gerais de Belo Horizonte, Brasil (Cherchiglia, 1994)

- pagamento direto de honorários livremente pactuado ou na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos (Fee-for-services): 83,4% dos médicos pesquisados em hospitais privados
- pagamento de salário por tempo fixo: 50% dos médicos dos hospitais públicos e 16,6% dos hospitais privados
- pagamento de um mix - salário (parte fixa, parte variável). 50% dos médicos dos hospitais públicos.

Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais: a percepção dos trabalhadores e gerentes (Cherchiglia et al 2000)

- unanimidade entre todos os participantes dos grupos que a melhor forma de remuneração no setor público de saúde é a forma por tempo, com um salário “digno” que possibilite um único emprego.
- médicos e os profissionais de nível superior são contrários à remuneração condicionada ao resultado, argumentando a especificidade da produção em saúde e da dificuldade em definir-se e medir-se sua produtividade, especialmente no setor público. Além disso, em um trabalho essencialmente em equipe, como o da saúde, esta proposta teria um potencial gerador de conflitos entre intertrabalhos e interpessoal muito grande

Dados mais recentes de estudos sobre as formas institucionais de contratação do trabalho médico tem demonstrado uma grande complexidade das formas de vinculação do médico às organizações de saúde. O que pode sugerir que o mesmo poderia estar acontecendo com os sistemas e formas de remuneração. No estudo de Valverde e Trejos (2000) sobre as formas de contratação do trabalho no setor saúde da Costa Rica encontrou-se que o assalariamento é a única forma de contratação no setor público e que uma porcentagem significativa dos médicos que trabalham no setor privado, geralmente são autônomos (trabajadores independientes), com índices de até 85%. Outro dado ressaltado foi o surgimento, a partir de 1994, de trabalhadores assalariados no setor privado (32% em 1999).

O trabalho de Girardi et al. (2000) sobre formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais revela que a vinculação do médico ao hospital como autônomo, ou seja, pessoa física que recebe por serviços sem configuração de vínculo empregatício formal, prevalece amplamente. Mais de 60% dos hospitais

respondentes “contratam” o trabalho autônomo de cirurgiões, anestesistas, pediatras e gineco-obstetras. A forma do emprego assalariado, apesar de não predominar, é significativa entre os psiquiatras (24,7%), médicos plantonistas (26,9%) e médicos de CTI (23,5%). Mostra, também, que o assalariamento é a forma característica de contratação de médicos especialistas nos estabelecimentos do setor público e que os maiores índices de contratação destes profissionais, como autônomos, são observados nos hospitais filantrópicos e beneficentes.

4. FORMA DE PAGAMENTO E SEUS INCENTIVOS

Existe uma considerável literatura sobre as formas de pagamento médico com os potenciais incentivos intrínsecos a cada uma e as prováveis influências no comportamento e a prática médica (Chen & Feldman, 2000; Armour et al., 2001; Chaix-Couturier et al., 2001; Gosden et al., 2001; Robison, 1999 e 2001; Willians et al., 2001).

A forma de pagamento retrospectivo, por honorário, provê um estímulo para muitas das funções centrais desejadas para um médico, incluindo ver muitos pacientes e realizar procedimentos às vezes difíceis e desagradáveis. No entanto, tende a elevar os custos do cuidado, fragmentar a atenção ao paciente, levar a realização de intervenções excessivas e desnecessárias, além de ser de difícil coordenação dentro de um sistema de saúde. Nesta forma de pagamento existiria um incentivo ao médico para maximizar resultados, isto é quantidade de produtos, na tentativa de aumentar renda. Se assumirmos que os médicos são maximizadores de renda, então, eles irão maximizar o lucro associado a cada um dos itens de serviços providos, procurando reduzir custo pessoal (tempo e esforço despendido) e financeiros (compra de equipamentos) maximizando a diferença entre renda (ganho) e custos. O médico pode incrementar seu ganho total aumentando o número de serviços produzidos (atraindo pacientes adicionais ou trabalhando por longas horas). Podem, até mesmo, tentar prover mais serviços do que os pacientes precisam se os pacientes são pouco informados, um conceito conhecido como demanda induzida. Isto pode levar a um número excessivo e desnecessário de tratamentos (Reinhart, 1999; Gosden et al., 2001; Robinson, 2001).

O pagamento prospectivo, como capitação, recompensa atividades que levam o paciente a permanecer com o seu médico como fonte regular de cuidado, devido à alta qualidade da atenção clínica reduzindo, assim, os custos da atenção médica. Mas, esta forma de pagamento, também, cria incentivos indesejáveis aos médicos que maximizam a renda mantendo os custos abaixo do preço pago *per capita*. Os médicos podem fazer isto selecionando pacientes de baixo risco (*cream skimming*) a menos que o pagamento esteja ajustado por idade, sexo e para pacientes de alto risco etc.; encaminhando os pacientes para médicos especialistas e hospital ou não indicando cuidados necessários, resultando em subtratamento. Os médicos também podem reduzir custos futuros provendo cuidados preventivos. Assim, o pagamento por capitação poderia não reduzir custos pois os médicos poderiam atrair e reter grande número de pacientes não ofertando, entretanto, os cuidados necessários quantitativa e qualitativamente. (Robinson, 1999; Gosden et al., 2001; Gillet et al., 2001; Goodson et al. 2001)

O assalariamento médico permite maior comprometimento, em termos de carga horária do médico, com a permanência em serviço, o que possibilita o atendimento a demandas imprevisíveis. Teoricamente não estimula distorções relacionadas ao preço e a qualidade dos serviços, fazendo que o médico atue clinicamente segundo a sua consciência ética e profissional, sem muita influência (estímulos e desestímulos) econômicos. No entanto, como, a renda é geralmente fixa existiria um incentivo para minimizar custos pessoais, como o esforço. Médicos podem minimizar esforço selecionando pacientes de baixo risco, escrevendo prescrições, encaminhando os pacientes a especialistas ou diminuindo o número de consultas, resultando em longas listas de espera. Eles podem ser um incentivo para trabalhar muitas horas se existe pagamento por hora extra (Lee, et al.,1990; .Pontes, 1995; Gosden et al., 2001; Willians et al., 2001)

O sistema de pagamento também pode influenciar outros aspectos da provisão do cuidado à saúde, tais como o recrutamento de médicos, sua retenção e custos de administração. Em áreas onde a expectativa de renda pode variar muito, em áreas com poucos serviços de saúde, médicos podem, provavelmente, ser mais receptivos a postos de trabalho assalariado uma vez

que o pagamento por salário oferece uma renda fixa e, portanto, maior segurança financeira. O pagamento por unidade de serviço/procedimento requer maior gasto administrativo enquanto salário tem, provavelmente, uma administração mais simplificada. (Pontes, 1995; Gosden et al., 2001; Robinson, 2001; Willians et al., 2001)

Assim, pagamento por salário ou capitação pode resultar em subtratamento enquanto pagamento por unidade de serviço/procedimento provavelmente produzirá sobretratamento, como podemos notar pelo Quadro 4.

Quadro 4. Incentivos potencialmente associados com os sistemas de pagamento em cuidados primários

Forma de pagamento	Incentivo potencialmente associado
Capitação	Contenção de custos (pessoal e financeiro) por paciente através: <ul style="list-style-type: none"> • Seleção de pacientes de baixo risco (<i>cream skimming</i>) • Utilização de outros serviços (encaminhamento para especialistas/hospital) • Provendo cuidados preventivos • Subtratamento
Salário	Contenção de custos pessoal durante as horas de trabalho através: <ul style="list-style-type: none"> • Seleção de pacientes de baixo risco (<i>cream skimming</i>) • Utilização de outros serviços (encaminhando para especialistas/hospital) • Diminuição do número de consultas • Subtratamento
Honorário ou por unidade de serviço/procedimento (Fee-for-Services)	Contenção de custos (pessoal e financeiro) por item de serviço; <ul style="list-style-type: none"> • Indução de demanda quando: <ul style="list-style-type: none"> - Existe incerteza sobre adequação do tratamento - A sobrecarga de trabalho é baixa; - Existe um grande número de médicos competidores; - Queda na renda; • Aumento da quantidade de cuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Atraindo mais pacientes; - Trabalhando longas horas; - Concentrando-se em serviços mais rentáveis. • Sobretratamento

Fonte: Gosden, T et al., 2001. Impact of payment method on behavior of primare care physicians: a systematic review. *J Health Serv. Res Policy.* v 6, n.1, p.44-55.

5. FORMAS DE PAGAMENTO, ESCOLHA ADVERSA E “RISCO MORAL”

Uma relação de agência (Holmstrom & Milgrom, 1991; Perrow, 1992; Bowles et al, 1993; Sappington, 1991; Pontes, 1995; Cherchiglia et al., 2000; Robinson, 1999 e 2001) está presente quando organizações provedoras de serviços de saúde (principal) contrata os médicos (agentes), individualmente, em troca de uma compensação, para prover bens ou serviços para outra. Tais organizações podem ser uma seguradora, ou mantenedora de planos de saúde, um grupo médico ou até mesmo um sistema público de saúde. Assume-se, para os propósitos deste trabalho, que as organizações tentam minimizar custos e aumentar a qualidade dos serviços de saúde e pressupõe-se que o médico deseja maximizar sua utilidade, através de um aumento em sua renda e um decréscimo em seus esforços, ou seja, minimizar esforço e maximizar renda. Alguns conceitos são chave na teoria de agência:

Oportunismo: é o conceito chave para analisar a relação principal-agente. Ele descreve a discrepância entre agente e principal, pois ambos são motivados por **interesse próprio**, o agente têm **competências específicas**; existe uma **assimetria de informação** entre eles e os **indivíduos são mais avessos aos riscos** do que a maioria das organizações porque tais organizações podem diversificar seus riscos.

Escolha adversa: resulta da incapacidade do principal em observar perfeitamente as intenções e as habilidades do agente antes do contrato estar vigorando. Para proteger seus interesses o principal freqüentemente requer que o potencial agente apresente algumas evidências de sua competência e habilidades tais como qualificações acadêmicas, certificadas de conselhos ou associações profissionais e licença do Estado.

“Risco moral”: resulta da impossibilidade do principal ter informações perfeitas e completas para monitorar as ações do agente após o contrato estar vigorando, pois o agente pode tentar servir a seus próprios interesses em detrimento dos do principal. Para proteger seus interesses, o principal pode oferecer ao agente um contrato que especifica a extensão de sua compensação em contingência a certos comportamentos ou resultados.

Como podemos ver pelo Quadro 5, a relação contratual (contrato de pagamento) entre organizações de saúde e médicos é uma relação na qual os dois tentam maximizar seus interesses. As características patológicas de cada forma de pagamento, especialmente os risco que trazem para os agentes, transformam-se em oportunismo para os médicos o que leva as organizações de saúde a introduzirem novos ajustes na tentativa de moldar o comportamento médico.

Quadro 5. Formas de pagamento e maximização de interesse entre organizações de saúde (principal) e médicos (agentes)

Forma de pagamento	Organizações de saúde (principal)	Médicos (agente)
Capitação	<p>Objetivo: reduzir os custos</p> <p>Ajuste: Introduz novamente pagamento por unidade de serviço/procedimento</p>	<p>Médio risco</p> <p>Maximização: encaminhamento de pacientes, seleção de clientela, diminuição do número de procedimentos ou subtratamento.</p>
Salário	<p>Objetivo: reduzir custos e encorajar práticas baseadas na cooperação (trabalho em equipe)</p> <p>Ajuste: Introduz novamente pagamento por unidade de serviço/procedimento, aumento do controle burocrático</p>	<p>Baixo risco (os ganhos são fixos)</p> <p>Maximização: diminuir número de consultas, podem ser negligentes e não fazer todos os procedimentos necessários, subtratamento</p>
Honorário ou por unidade de serviço/procedimento (Fee-for-Services)	<p>Objetivo: prover mais serviços para os pacientes (pouca preocupação com os custos)</p> <p>Ajuste: Introduz protocolos e comitês de revisão</p>	<p>Alto risco</p> <p>Maximização: Indução de demanda; aumento da quantidade de cuidado e sobretratamento.</p>

Fonte: Adaptado pela autora

Portanto, o desafio para o principal, ao desenhar uma forma de pagamento complica-se num contexto onde o comportamento desejado do agente abrange uma variedade de tarefas diferentes, algumas facilmente monitoradas e outras não. Ao conectar o pagamento à performance, neste contexto, o principal poderia incentivar o agente a um sobre investimento do seu tempo nas tarefas que são explicitamente medidas e recompensadas e um concomitante desinvestimento nas outras. Apesar desta complexidade pode-se construir sistemas e formas de pagamento e incentivo aos médicos que sejam

moralmente aceitáveis, pois todo sistema de pagamento tem suas vantagens e desvantagens. (Pearson; Sabin & Emanuel,1998).

O Quadro 6 mostra algumas características de um sistema de pagamento no qual o conflito de interesse entre principal e agente seria menor.

Quadro 6. Aspectos de um sistema de pagamento e incentivo médico e seus efeitos no grau de conflito de interesse vivido pelo médico

Cria MAIS conflito de interesse	Cria MENOS conflito de interesse
Mais de 20% da renda do médico está sob risco financeiro	Menos de 10% da renda do médico está sob risco financeiro
Sem seguro para paciente de alto custo	Com seguro para paciente de alto custo
Médico arca com o risco que estão fora de controle de sua prática	Médico arca com o risco que estão dentro do controle de sua prática
Bônus e retenção (withholds) freqüentemente utilizados e pagos por fora do montante preestabelecido (salário ou capitação)	Bônus e retenção (withholds) pouco utilizados
Médicos submetidos ao risco financeiro individualmente	Grupo de Médicos submetidos ao risco financeiro (> 15 médicos)
Pequeno número de inscritos em relação ao número de pacientes de risco no conjunto (< 250)	Grande número de inscritos em relação ao número de pacientes de risco no conjunto (> 250)
Metas estreitas para reduzir serviços específicos, implementados sem protocolos ou monitorados pela baixa utilização.	Sem metas de incentivos para reduzir custos de serviços específicos tais como radiologia ou drogas
Incentivos somente para reduzir a utilização de serviços	Incentivos para a melhoria do acesso ao cuidado, prevenção, satisfação do paciente e resultados clínicos
Sem ajuste de taxa de risco (por idade, sexo, severidade e tipo de patologia etc)	Taxa de risco ajustada

Fonte: Adaptado de Pearson, S.D. Sabin, J.E. & Emanuel, E.J. 1998. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Engl J Med.* v.339, n.10, p.689-693.

6. ALGUMAS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DOS INCENTIVOS CRIADOS PELAS FORMAS DE PAGAMENTO

Capitação versus FFS: Num estudo que compara dois grupos de médicos que recebem por FFS com um que é pago por capitação, Gosden et al (2001) apontam que o número de visitas de cuidado primário e de especialistas foi maior no grupo de FFS do que o número provido por médicos pagos por capitação. Isto seria evidência de que médicos pagos por capitação podem restringir a quantidade de serviços como forma de minimizar custo para

manter-se dentro do montante capitado mensalmente. O número de visitas ao departamento de emergência foi o mesmo em ambos os grupos. O número de hospitalizações foi menor no grupo de capitação comparado ao de FFS, como era de se esperar, uma vez que os médicos pagos por capitação têm incentivos para minimizar custos. No entanto, a percentagem de visitas de cuidado primário (puericultura, por exemplo) que excediam ao recomendado foi maior no grupo pago por unidade de serviço/procedimento do que no de capitação. Apesar destas evidências, de menor utilização no pagamento por capitação, os gastos com saúde foi maior neste grupo do que naqueles pagos por unidade de serviço/procedimento.

Quadro 7. Capitação *versus* FFS

Indicador	Capitação	FFS
Número de visitas de cuidado primário	Menor	Maior
Número de visitas de especialistas	Menor	Maior
Número de visitas em serviços de emergência	Igual	Igual
Número de hospitalização	Menor	Maior
Número de visitas que excediam ao recomendado	Menor	Maior
Aumento dos gastos com cuidado de saúde	Maior	Menor

Fonte: Fonte: Gosden, T et al., 2001. Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. v.6, n.1, p.44-55.

Salário *versus* FFS Gosden et al (2001) mostram que o assalariamento é associado com poucas visitas de puericultura (crianças saudáveis) e baixa continuidade de cuidado. Esta diferença nas visitas de puericultura foi devida, tanto, à diminuição significativa do número de visitas recomendada pelo grupo assalariado como, pelo excesso de visitas feitas pelos médicos pagos por unidade de serviço/procedimento. Apesar do pagamento por unidade de serviço/procedimento oferecer grande incentivo para os médicos terem maior número de pacientes inscritos (como forma de aumentar renda) a média de pacientes registrados foi maior no grupo assalariado. Por outro lado, não se encontrou diferença, estatisticamente significativa, entre os dois grupos em

relação à média de visitas iniciais e de segmento por paciente. Entretanto, em situação de emergência, pacientes de médicos assalariados, provavelmente, têm menor chance de serem atendidos por seus médicos quando comparado com os pacientes de médicos que recebem por unidade de serviço/procedimento.

Quadro 8. Salário *versus* FFS

Indicador	Salário	FFS
Número de visitas iniciais	Igual	Igual
Continuidade do cuidado	Menor	Maior
Visitas a serviços de emergência	Maior	Menor
Ser atendido por seu médico em situação de emergência	Menor	Maior
Número de pacientes inscritos	Maior	Menor

Fonte: Gosden, T et al., 2001. Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv. Res Policy*. v.6, n.1, p.44-55.

Concluindo, Gosden et al. (2001) afirmam que existem evidências de que o comportamento médico é influenciado pela forma como eles são pagos. As evidências sugerem que os médicos pagos por unidade de serviço/procedimento provêm maior quantidade de serviços de cuidados primários do que os médicos pagos por capitação ou salário. No entanto, não há evidências sobre sua influência no *status* de saúde dos pacientes e nos resultados clínicos, não se podendo inferir que estas mudanças seriam benéficas para os pacientes. Além disto, os autores realçam que a principal conclusão desta revisão é que a evidência do impacto do sistema de pagamento no comportamento médico não é robusta suficiente para ser aplicada em todos os contextos políticos e que avaliações mais rigorosas devem ser encorajadas.

Armour et al. (2001), apontam que existem evidências de que a aplicação explícita de incentivos, que trazem riscos financeiros para os médicos, individualmente, pode ser efetiva em influenciar a utilização de recursos (redução de solicitação de exames, encaminhamentos à especialistas e hospitalização). Entretanto, as evidências empíricas sobre a efetividade da utilização de pagamentos destes incentivos ainda permanecem pouco claras.

Enfatizam, assim, a necessidade de pesquisa que examinem o impacto da utilização explícita de incentivos financeiros na qualidade do cuidado quando estes incentivos são implementados com o propósito de controlar a utilização de recursos.

Atitude dos pacientes frente às formas de pagamento do médico

Em estudo para avaliar a atitude dos pacientes de uma grande HMO (Health Maintenance Organization) de um estado norte americano, frente às formas de pagamento dos médicos de cuidado primário, Pereira et al. (2001) encontraram que a maioria dos pacientes desconhecia como seu plano de saúde pagava o médico pelo cuidado. No entanto houve diferença de atitude em relação as formas de pagamento aos médicos. Cerca de 16% disseram sentir-se desconfortável se seu médico de cuidado primário fosse pago por salário, 25% se fosse pago por unidade de serviço/procedimento (com retenção), e 53% se fosse por capitação. Apesar desta alta taxa de desconforto com a capitação, os pacientes disseram que tinham a mesma confiança em seus médicos. Segundo os autores, os resultados deste estudo vão ao encontro de medidas recentemente tomadas por alguns governos estaduais, associação médica americana e agências regulatórias que obrigam os planos de saúde a divulgarem para os seus usuários como os médicos são pagos e os incentivos utilizados.

Em outro estudo, *survey* telefônico em três estados norte americano, para avaliar a percepção de pacientes sobre como seus médicos eram pagos (pelos seguros/planos de saúde) e o efeito de diferentes incentivos financeiros na qualidade do cuidado, Kao et al. (2001) também encontraram alto nível de desconhecimento sobre a forma de pagamento do médico. No entanto, a maioria dos entrevistados acreditava que formas de pagamento e incentivos financeiros desenhados para reduzir a utilização dos serviços poderiam afetar desfavoravelmente a qualidade do cuidado.

Considerações Finais

Mesmo o mais sofisticado mecanismo de pagamento médico pode atenuar, mas não elimina sobretatamento, subtratamento e outros comportamentos socialmente indesejáveis criados pelas formas de pagamento “puras” ou mistas. A limitada habilidade das formas de pagamentos em resolverem o complexo e conflitivo conjunto de problemas nos serviços de saúde aponta dois efeitos: os desvios de todos e os sistemas de pagamento, simples ou complexos e a ausência de mecanismos não financeiros como um importante complemento do pagamento de incentivos.

Portanto, o limite dos mecanismos de pagamento torna relevante a importância dos métodos não financeiros para motivar comportamentos apropriados – incluindo a forma de seleção, explícita definição do comportamento desejado, monitoramento do comprometimento e a inculcação de normas e culturas esperadas e participação na gestão dos serviços.

Apesar dos benefícios propugnados pela teoria de formulas sofisticadas envolvendo pagamento prospectivo e retrospectivo, a maioria dos sistemas de compensação são relativamente simples. FFS é uma função linear de unidade relativa de valor; capitação é uma função linear de pacientes inscritos e salário é uma função linear de horas trabalhadas. Simplicidade no método de pagamento é a virtude por várias razões. A mais óbvia diz respeito aos custos administrativos (de desenho, negociação, implementação, avaliação e monitoramento). Simplicidade é especialmente importante para o controle social, pois permite maior transparência (para médicos, paciente, hospital, mídia e políticos para entenderem quem é pago para fazer o que). Simplicidade que vai ao encontro às formas de pagamento que são tradicionalmente utilizadas e aceitas em cada organização ou país.

Além disto, a complexidade para a estruturação de métodos de pagamento é potencializado onde os esforços de um agente têm que ser coordenados aos de outros agentes. Desta forma em contextos onde o trabalho em equipe é importante para uma produção eficiente, pagamento individual baseado na performance individual freqüentemente diminui a cooperação. No entanto, o mesmo não ocorre quando a remuneração é por tempo (salário) ou com

incentivo coletivo sendo este o meio mais direto de retribuir a colaboração, além de diminuir ao máximo os conflitos devidos à remuneração.

Fazendo um balanço final acerca das vantagens e desvantagens comparativas da cada um dos sistemas de remuneração tem se observado a tendência de que a remuneração por tempo é a "ideal" desde que se adotem mecanismos de incentivos à produção, de melhoria da qualidade dos serviços e finalmente do próprio valor real dos salários. Como forma de balancear as qualidades positivas e negativas do sistema de remuneração baseado no tempo, uma óbvia conclusão é que o sistema deve ser reformado através da adoção de tendências contra-homogenizadoras de baixa produtividade, com incentivos especiais para o desenvolvimento de atividades prioritárias, como trabalho noturno, trabalho comunitário e em atividades de preventivas etc.

As evidências empíricas encontradas na revisão da literatura mostram que a aplicação de formas de pagamento que trazem riscos financeiros para os médicos individualmente, podem ser efetivas em influenciar a utilização de recursos (redução de solicitação de exames, encaminhamentos à especialistas e hospitalização). No entanto, não há evidências sobre sua influência no *status* de saúde dos pacientes ou na qualidade dos serviços prestados. Este fato torna relevante a necessidade de pesquisa que examinem o impacto das diferentes formas de pagamento, não somente na redução de custos, mas principalmente, na qualidade do cuidado, na satisfação da população atendida, nos conflitos de interesse vivenciados pelos médicos. Necessidade que se torna imperiosa em nosso contexto, devido a quase inexistência de estudos nessa área na América Latina.

Merece especial destaque, finalmente, a conclusão de que não existe sistema ideal, mas que os sistemas e formas de remuneração devem se adaptar flexivelmente de acordo às características do mercado de trabalho de cada uma das ocupações e especialidades médicos. Na prática, os serviços de saúde deveriam adotar distintas formas de remuneração e de relações administrativas conforme os espaços de negociação coletiva conformados desde os distintos segmentos do mercado de trabalho médico.

O desafio real é alcançar formas de pagamento médico flexíveis, eficientes, com profissionais comprometidos provendo cuidados com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armour BS et al. 2001. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med.* v. 16, n.10, p.1261-1266.
- Bodenheimer T & Grumbach K. Reimbursing physicians and hospitals. *JAMA* 1994; 272: 971-977.
- Bowles, S et al. *Markets and democracy: participation, accountability and efficiency.* Cambridge University Press. 1993.
- Chaix-Couturier C et al. 2001. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care.* Apr; v.12, n.2, p.133-42.
- Chen GJ & Feldman SR. 2000. Economic aspect of health care systems. Advantage and disadvantage incentives in different systems. *Dermatol Clin* Apr; v.18, n.2, p.211-4.
- Cherchiglia ML Girardi SN & Pereira LAC. Remuneração e Produtividade na Fundação Hospitalar de Minas Gerais: a percepção dos trabalhadores e gerentes. *Revista de Administração Pública.* v. 34, n. 2, p 99-119. mar/abr 2000.
- Cherchiglia, ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo de seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.10, n.1, p.67-79, jan/mar, 1994.
- Frank C & Roeder R. 1999. Specialty contact capitation. *J Health Care Finance.* Spring; v.25, n.3, p.17-21.
- Gillet J; Hutchison B & Birch S. 2001. Capitation and primary care in Canada: financial incentives and the evolution of health service organization. *Int J Health Serv.* v.31, n.3, p.583-603.
- Girardi, SN. *Pattern of utilization of health human resources in Latin America: a data bank on regulation of the labour market.* Washington, DC: HRD Program/PAHO/WHO, 1994. (Relatório de Pesquisa).
- Girardi, SN; Carvalho, CL. & Girardi Jr, JB. 2000. *Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório* "3 Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo", Buenos Aires, Argentina, 17-20/05/2000 (Trabalho Completo, CD-ROM)
- Goodson JD et al. 2001. The future of capitation: the physician role in managing change in practice. *J Gen Intern Med.* Apr; v.16, n.4, p.250-6.
- Gosden, T et al. 2001. Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv. Res Policy.* V 6, n1, p.44-55.

- Horowitz JL. 1997. Contact capitation: an alternative for specialist capitation. *Healthc Financ Manage*. Nov; v.51, n.11, p.54-5.
- Hsiao WC. An overview of the development and refinement of the Resource-Based Relative Value Scale, *Med Care* 1992; 30: (Suppl).
- Kao AC et al. 2001. Physician incentives and disclosure of payment methods to patients. *J Gen Intern Med*. Mar; v.16, n.3, p.181-8.
- Kao AC. Et al., 2001. Physician incentives and disclosure of payment methods to patients. *J Gen Intern Med*. v. 16, n. 3, p. 204-5.
- Krohn R. & Broffman. 1998. Utilization management in a mixed-payment environment. *Healthc Financ Manage*. v. 52, n. 2, p. 64-7.
- Lee PR; Grumbach K.; Jameson WJ. 1990. Physician payment in the 1990s: factors that will shape the future, *Annual Review of Public Health*, v.1, p.297-318.
- Meyer MC et al. 2000. Evaluation of common problems in primary care: affects of physician, practice and financial characteristics. *Am J Manag Care*. Apr; v. 6, n.4, p.457-69.
- Nigenda G. 1994. Physician payment mechanisms. Na instrument of health policy. *Salud Publica Mex*. V. 36, n. 3, p. 301-9.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *La Remuneracion por rendimiento*. Ginebra: OIT, 1985. 187p.
- Pearson SD; Sabin JE & Emanuel EJ. 1998. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Engl J Med*. v.339, n.10, p.689-693.
- Pereira AG. & Pearson SD., 2001. Patient attitudes toward physician financial incentives. *Arch Intern Med*. v. 16, n. 10, p. 1313-1317.
- Perrow, C. Economic theories of organization. IN: Zukin, S. & DiMaggio, P. *Structures of capital: the social organization of the economy*. Cambridge University Press. 1992, 121-152
- Pontes MC. 1995. Agency theory: a framework for analyzing physician services. *Health Care Manage Rev*. v.20, n.4, p.57-67.
- Reinhart, EU. 1999. The economist's model of physicians behavior. *JAMA* v.281, p. 462-465
- Robinson JC. 1999. Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* v.282, n.13, Oct, p.1258-1263.
- Robinson JC. 2001. Theory and practice in design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*. v.79, n.2, p.

- Sappinton, DEM. 1991. Incentives in Principal-Agent relationships. *Journal of Economics Perspectives*. v. 5, p. 45-66.
- Valverde JM & Trejos ME. 2000. Formas de contratación laboral en el sector salud de Costa Rica. OMS/OPS. Agosto. (mimeo).
- WHO. 1997. European Health Care Reforms.
- Willians J. et al. 2001. A profile of PMS salaried GP contrast and their impact on recruitment. *Fam Pract*. Jun; v. 18, n. 2, p. 283-7.
- Young DW & McCarthy SM. 2000. Aligning physician financial incentives in a mixed-payment environment. V. 54, n. 10, p. 46-55.