

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social e Preventiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Cármem Lúcia Soares Gomes

**REMUNERAÇÃO MÉDICA: USO DE INCENTIVOS
FINANCEIROS EXPLÍCITOS COMO INDUTOR DA MUDANÇA DO
CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Belo Horizonte/MG
2010

Cármem Lúcia Soares Gomes

**REMUNERAÇÃO MÉDICA: USO DE INCENTIVOS
FINANCEIROS EXPLÍCITOS COMO INDUTOR DA MUDANÇA DO
CUIDADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas de Saúde
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte
2010

Ficha Catalográfica

GOMES, Cármen Lúcia Soares
Remuneração médica: uso de incentivos financeiros
explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde
suplementar/Carmen Lúcia Soares Gomes — Belo Horizonte, 2010.

Orientador: CHERCHIGLIA, Mariângela Leal

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de
Medicina da UFMG

1. Remuneração médica. 2. Incentivos financeiros. 3.
Pagamento por desempenho 4. Pagamento por *performance*

Ao Geraldo, meu companheiro de todas as horas.

Ao João Pedro e ao Evany, nossos filhos.

A Robespierre (em memória) e Iolanda, meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Mariângela Leal Cherchiglia, mestre e companheira, pela paciência, confiança, acolhimento e incentivo no desenvolvimento deste trabalho. Serei sempre grata.

À Profa. Cristiana Leite Carvalho, por sua ajuda, interesse e sábias idéias.

Agradeço à Unimed Juiz de Fora pela abertura para realização deste trabalho, e em especial ao Dr. Hugo Campos Borges, à Dra. Nathércia Abraão e à Dra. Lucille Ferreira. À Magda Mendonça cujo auxílio foi essencial nos agendamentos das entrevistas e no suporte em Juiz de Fora.

À Federação das Unimeds de Minas Gerais na pessoa de seu presidente Dr. Emerson Fidelis Campos pela facilitação e apoio à realização deste trabalho. Ao Dr. Sandro Rodrigues Chaves e à Marta Gontijo pelas provocações instigantes. Aos demais colegas e colaboradores que souberam amparar-me nos momentos necessários durante a pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, na pessoa da Dra. Sônia Gesteira e Matos pelo apoio incondicional.

A todos os meus colegas do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, que muito me ajudaram nessa caminhada e contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste projeto.

Aos médicos que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma destas páginas estaria completa.

Aos meus irmãos, Cláudia e Márcio, pela ajuda nas traduções.

E a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... Ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!

(Mario Quintana - Espelho Mágico)

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho é composto por dois artigos: uma revisão bibliográfica sobre as experiências com os programas de pagamento de incentivos explícitos de caráter financeiro (pagamento por desempenho) utilizados na atenção primária à saúde e um estudo de caso sobre a percepção dos médicos de uma operadora de saúde, na utilização de tais incentivos financeiros em um programa de gerenciamento de pacientes portadores de doenças cardiovasculares (PGC). Foi feita a revisão bibliográfica em periódicos indexados nas principais bases de dados disponíveis eletronicamente relacionadas a Ciências da Saúde, utilizando o portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME/OPAS/OMS, acessível em www.bireme.br para publicações ocorridas entre novembro de 2005 e julho de 2009. Foram selecionados 26 artigos para leitura, sendo 15 (56%) descritos como “positivo”, por demonstrarem melhorias na assistência com a utilização de incentivos. Outros 08 (28%) foram descritos como “parcialmente positivos”, e os demais, 03 (12%), foram classificados como “sem efeito”. Já o estudo de caso contou com 23 entrevistas semiestruturadas (14 homens e 09 mulheres), realizadas em setembro de 2009, com médicos participantes e não participantes do PGC, tendo como referência as ações implantadas no ano de 2008. O incentivo financeiro é reconhecido como importante, mas não determinante da inclusão de pacientes no programa. As experiências e as publicações do uso de pagamento médico por desempenho estão iniciando e suas aplicações, evolução e efeitos precisam ser continuamente avaliados.

Palavras-chave: pagamento por desempenho, pagamento por *performance*, incentivos explícitos, incentivo médicos, remuneração médica, gerenciamento de doenças.

This work consists of two articles: a literature review of experiences with extrinsic incentive programs of a financial nature (otherwise known as ‘pay for performance’) used in primary health care and a case study on the perception of a medical health operator, the use of financial incentives in a program for managing patients with cardiovascular disease (CMP). I review literature in journals indexed in major databases available online related to health sciences, using the portal of the Virtual Health Library - BIREME / PAHO / WHO, available at www.bireme.br to publications that took place between November 2005 and July 2009. I have chosen to read 26 articles, 15 of which (56%) were described as "positive" for demonstrating improvements in health with the use of incentives, while 08 other articles (28%) were described as "partially positive" and the remaining 03 (12%) were classified as "of no effect". The case study, in turn, relied on 23 semi-structured interviews (14 men and 09 women), conducted in September 2009 with both participating and non-participating doctors of the CMP, in respect of the actions implemented in 2008. Financial incentive is viewed as an important rather than a decisive factor determining the inclusion of patients into the program. The experiences and publications on the use of medical pay for performance are just beginning and their applications, development and effects need to be continually assessed.

Key words: pay for performance, extrinsic incentives, medical incentives, medical remuneration, disease management

Sumário

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
2. OBJETIVOS	12
OBJETIVO GERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3. ARTIGO UM	13
REMUNERAÇÃO MÉDICA E O USO DE INCENTIVOS FINANCEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.	13
4. ARTIGO DOIS	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
6. APÊNDICE.....	51
PROJETO DE PESQUISA	51
7. ANEXOS.....	111

1. Considerações Iniciais

Buscar o equilíbrio entre a adequada utilização dos recursos financeiros (racionalização) e a qualidade da prestação de serviços em saúde tem sido um desafio nos sistemas de saúde públicos ou privados e depende, em grande parte, da forma como estão organizados em um modelo assistencial, como são remunerados e como estão contratados.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) tem procurado induzir o mercado da Saúde Suplementar a adotar uma visão de saúde integral (promoção + prevenção + tratamento adequado + reabilitação) adequados às necessidades dos clientes. Entretanto a situação atual da Saúde Suplementar pode ser traduzida:

- por custos assistenciais elevados e insustentáveis no longo prazo;
- pela ausência de medidas de qualidade da assistência prestada;
- pelo cuidado fragmentado, pela ausência de redes de serviços e pelos fluxos efetivos para o cuidado necessário no manejo do cliente;
- pela falta de instrumentos para dimensionar a rede de serviços e os prestadores incorporados mais pela oportunidade e disponibilidade do que por necessidade;
- pela incorporação de tecnologias acrítica, sem avaliação de eficiência, eficácia ou efetividade da incorporação;
- pela desarticulação entre a atenção à demanda espontânea e à oferta programada de atenção à saúde; e
- pelo desinteresse em relação à satisfação das necessidades dos clientes.

Para garantir a realização eficaz desse serviço, a proposta da ANS é formatar linhas de cuidado prioritárias (saúde do adulto e do idoso; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher, saúde bucal e saúde mental) como estratégias de acompanhamento do cliente de formas longitudinais (ao longo do tempo) e transversais (entre níveis do sistema). Essas ações estão relacionadas ao acesso dos clientes aos serviços e dependem de informação sobre a situação atual de saúde de cada um deles, para a construção de uma programação assistencial e na avaliação de seu desempenho para garantir a integralidade desse cuidado. As linhas de cuidado têm por objetivo garantir um caminho seguro dentro da rede de atenção à saúde, para o seguimento do cliente.

A Federação das Unimeds de Minas Gerais, na qual a pesquisadora se insere, vem propondo a adoção de modelos de atenção diferenciados considerando a realidade citada acima, idéia essa compartilhada pela Unimed de Juiz de Fora, onde esse estudo foi realizado. Para tanto vem adaptando as diretrizes propostas pela ANS a fim de remodelar a prestação de

serviço, procurando responsabilizar-se pela saúde do cliente e definir a integralidade do cuidado como linha mestra de ação, na tentativa de superar os resultados da assistência prestada atualmente.

A proposta aponta para a introdução de gerenciamento de casos¹ considerando que 60-70% de consumo dos custos totais da assistência se dá por um grupo de apenas 10% do total de pacientes com doenças crônicas e que são atendidos, em pouco menos de 50% dos casos, segundo padrões de qualidade desejáveis. Se aprofundarmos a concentração de custo, é possível verificar que entre 1 e 3% dos pacientes com doenças crônicas mais graves respondem por 20-40% do total de custos assistenciais.

Buscando a “otimização das ações médico-curativas”, a proposta é iniciar a implantação da mudança do modelo assistencial pelo gerenciamento dos pacientes mais complexos e de maior custo, através do gerenciamento de casos e de doenças crônicas.

No caso específico deste estudo, vamos apresentar a estratégia utilizada pela Unimed Juiz de Fora para incentivar a adesão de seus médicos cooperados ao Programa de Gerenciamento Cardiovascular (PGC) através do uso de incentivos explícitos de caráter financeiro e da percepção dos médicos sobre essa estratégia.

Cabe ressaltar que, no sistema Unimed, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço e, em sua maioria, os cooperados recebem o pagamento baseado na produção de serviços realizada (por tipo e quantidade de procedimento).

A produção médica do cooperado está baseada em uma tabela de procedimentos médicos e cada um deles é valorado em números de Unidade de Trabalho (UT). O valor monetário a ser pago vai variar dependendo da multiplicação do número de UT produzidas pelo valor unitário (monetário) das mesmas. O cálculo do valor unitário da UT utilizado para pagamento da produção é feito por cada cooperativa e baseada em uma fórmula que divide a receita líquida pelo número total de UT produzidas pelo somatório de todos os médicos. Quanto maior a receita líquida, e permanecendo constante o número de procedimentos, maior o valor recebido pelo cooperado. Essa forma de calcular os valores pagos aos médicos é diretamente proporcional ao grau de utilização dos serviços pelos beneficiários. Em uma situação de utilização baixa de serviços, os médicos trabalhariam menos, entretanto cada um receberia por ato ou procedimento um valor maior. Como a remuneração é fruto direto da

¹ CAMPOS, E.F.(org.) Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Ed. Federação Minas, Belo Horizonte, 2008.

produção médica, na prática há o incentivo para uma maior utilização de serviços, aumentando as despesas e diminuindo a receita líquida. O valor da UT – e, portanto, a remuneração médica – pode variar no tempo e entre as diversas cooperativas².

O Programa de Gerenciamento Cardiovascular procura utilizar os recursos disponíveis (garantindo o acesso, acompanhamento e a avaliação dos cuidados necessários ao beneficiário), para influenciar a lógica do cuidado em saúde e remunerar pelo seu resultado.

² DUARTE, C M R - UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4): 999-1008, jul-ago, 2001.

2. Objetivos

Objetivo Geral

Estudar a percepção dos médicos sobre a influência do pagamento por desempenho na prática clínica, relacionado à atenção ao paciente portador de doenças cardiovasculares, em uma operadora de plano de saúde de Juiz de Fora - Minas Gerais.

Objetivos Específicos

- Apresentar um artigo para publicação científica contendo a revisão bibliográfica a respeito do uso de incentivos explícitos de caráter monetário na atenção primária;
- apresentar um artigo para publicação científica com o resultado da pesquisa qualitativa a respeito da percepção dos médicos sobre o uso de incentivos explícitos nos programas de gerenciamento de doenças.

3. Artigo Um

Remuneração médica e o uso de incentivos financeiros na atenção primária: uma revisão bibliográfica.

Medical payment and the use of financial incentives in primary care: a literature review

Autoras:

Cármen Lúcia Soares Gomes¹

Cristiana Leite Carvalho²

Mariângela Leal Cherchiglia³

¹ Mestranda em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

² Doutora em Saúde Pública, Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

³ Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta do Depto de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG - Orientadora.

Autor correspondente: Mariângela Leal Cherchiglia

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Medicina da UFMG.

Avenida Professor Alfredo Balena 190/7º andar,

Santa Efigênia, 30 130-100, Belo Horizonte MG.

cherchmll@medicina.ufmg.br

Categoria do artigo: educação continuada/revisão

Revista Médica de Minas Gerais

Remuneração médica e o uso de incentivos financeiros na atenção primária: uma revisão bibliográfica

Medical payment and use of financial incentives in primary care: a literature review

Resumo - Introdução: com o crescimento dos custos na prestação dos serviços médico-hospitalares, novas formas de pagamento têm sido objeto de discussão. Isso porque os modelos de pagamento são, talvez, os incentivos mais poderosos com que contam os gestores de saúde para incrementar a qualidade da assistência à saúde. Este trabalho é uma revisão bibliográfica sobre as experiências com os programas de pagamento de incentivo explícitos de caráter financeiro (pagamento por desempenho) utilizados na atenção primária à saúde. Método: a busca foi realizada em periódicos indexados nas principais bases de dados disponíveis eletronicamente relacionadas a Ciências da Saúde, utilizando o portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME/OPAS/OMS, acessível pelo portal: www.bireme.br. Foram consideradas: *Lilacs* (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), *Medline* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) e *Cochrane*. O período avaliado compreendeu de novembro de 2005 a julho de 2009. As palavras-chave para busca incluíam incentivos financeiros; *pay for performance*; pagamento por desempenho; diabetes; hipertensão; cuidado primário e médicos generalistas. Resultado: a busca eletrônica resultou em 423 artigos, dos quais foram selecionados 26 artigos para leitura considerando: artigo original, relacionados a médicos de atenção primária e com uso de incentivos financeiros. A bibliografia levantada mostra que 15 (56%) foram descritos como “positivos”, por demonstrarem melhorias na assistência com a utilização de incentivos. Outros 08 (28%) foram descritos como “parcialmente positivos”, e os demais, 03 (12%), foram classificados como “sem efeito”. Conclusão: os trabalhos com pagamento por desempenho apenas começaram e suas aplicações precisam ser continuamente avaliadas.

Palavras-chave: pagamento por *performance*, pagamento por desempenho, incentivos médicos.

Summary: With increasing costs in the provision of medical and hospital services, new forms of payment have been discussed, because the payment models are perhaps the most powerful incentives that health managers can rely on to improve the quality of health care. This paper is a literature review of experiences with payment programs of extrinsic incentive of financial nature (pay for performance) used in primary health care.

The search was conducted in journals indexed in major databases available online related to health sciences, using the portal of the Virtual Health Library - BIREME / PAHO / WHO, accessible through the portal: www.bireme.br. The following were considered: *Lilacs* (Latin American Literature on Health Sciences), *Medline* (International Literature on Health Sciences), *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) and *Cochrane*.

The reporting period ranged from November 2005 to July 2009. The keywords for the search included financial incentives, pay for performance, payment by performance, diabetes, hypertension, primary care and general practitioners. The electronic search resulted in 423 articles, of which 26 articles were selected for reading, considering: original article, related to primary care physicians and with use of financial incentives. The literature survey shows that 15 (56%) were described as "positive" for demonstrating improvements in health care with the use of incentives. Other 08 (28%) were described as "partially positive", and the remaining 03 (12%) were classified as "no effect". The health services with pay for performance have just begun and their application must be continuously evaluated.

Key words: pay for performance, medical incentives.

Introdução:

O pagamento por desempenho vem sendo utilizado em países que possuem um sistema público respondendo por mais de 90% da população como o Reino Unido e em outros que têm sistemas privados abrangendo mais de 70% da população como no caso dos Estados Unidos, como forma de incrementar a qualidade da assistência à saúde e melhorar o pagamento médico.

A atenção primária tem sido o foco prioritário dessas intervenções, pois, segundo Starfield¹ (2002), esse nível de serviço de saúde oferece a entrada no sistema e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros, visando obter efetividade e equidade no cuidado. As alternativas de remuneração com esse foco podem impactar profundamente a morbimortalidade e a qualidade de vida das pessoas.

A carga das doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, na morbimortalidade é um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares.² É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O diabetes, junto com a hipertensão arterial, é a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes, com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise.³

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento dessas patologias e de suas complicações, sendo imperativo lidar com os problemas educativos, comportamentais, nutricionais e assistenciais abordando e controlando adequadamente os fatores de risco modificáveis que vão impactar na qualidade de vidas dessas pessoas.⁴ Essas atividades são coordenadas pelo médico, que realiza o diagnóstico, toma a decisão terapêutica, define o início do tratamento medicamentoso; programa com a equipe as estratégias para a educação do paciente; busca os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, dos lipídeos, do peso, da glicemia de jejum, da hemoglobina glicada, abstinência ao fumo e atividade física regular). Por isso, acredita-se que criar um incentivo de desempenho pode oferecer instrumentos adequados para melhorar o controle das doenças crônicas.

Um sistema de pagamento ou remuneração é um conjunto de princípios, critérios e procedimentos que são utilizados de forma articulada pela gestão organizacional para

pagamento do trabalho e comporta formas variáveis, buscando sempre maximizar os resultados dos serviços e um comportamento eficiente da organização.⁵

O crescimento dos custos na prestação dos serviços médico-hospitalares tem também favorecido as discussões sobre novas formas de remuneração. Diversas formas de pagamento pela prestação de serviços de saúde, em especial aos médicos, coexistem hoje no Brasil e no mundo e estão se tornando cada vez mais complexas⁶, refletindo os interesses e as estratégias dos diversos setores envolvidos na assistência à saúde. Robinson⁷ (2001) afirma que existem várias formas de pagar o trabalho médico, sendo as mais frequentes:

- **pagamento por procedimento:** é feito após a realização da prestação de serviço e há a tendência à produção excessiva e desnecessária de serviços, pois a renda do profissional está diretamente relacionada ao volume de atos realizados.

- **captação:** o médico recebe uma quantia predeterminada pelo acompanhamento e assistência à saúde prestada a um grupo de pessoas. Torna-se, dessa forma, responsável por elas, independente da produção de serviços. Como consequência negativa pode ocorrer um mecanismo semelhante à seleção de risco, levando à exclusão de populações com maior utilização de serviços ou, ainda, pode ocorrer que a atenção ao cliente, mesmo quando necessária, não seja realizada.

- **salário:** os profissionais de saúde, médicos inclusive, são pagos de forma fixa pelas horas de trabalho contratadas. A remuneração habitualmente é estabelecida de acordo com a qualificação ou com a experiência profissional e não é alterada pela maior ou menor produção de serviços. Como efeito adverso pode gerar uma mentalidade burocrática, desestimular a produção ou, ainda, despreocupação pela qualidade e satisfação do usuário.

Ainda, segundo Robinson, várias experiências, especialmente nos EUA, misturam esses sistemas de pagamento médico e utilizam incentivos, sejam eles monetários ou não, que vão funcionar como métodos indutores de comportamento, tendendo a balancear e a moderar os efeitos indesejáveis de cada um dos sistemas de pagamento isolado.

Não resta dúvida de que o uso de incentivos, combinados ou não, contribuem para a adoção de um comportamento desejado.⁸ Os incentivos devem ser utilizados para contrabalançar o conflito de interesse que surge entre a necessidade do comprador e a sua execução pelo prestador ou para prevenir a possibilidade de distorções nessa relação. Segundo a teoria econômica da Agência, uma empresa ou indivíduo (chamado de *principal*) contrata um serviço, que a outra parte (chamado de *agente*) deve realizar, ou seja, o *agente* tem que

desenvolver algo do interesse do *principal*, independente de vontade daquele e, para isso, são utilizados os incentivos. A estrutura de pagamento, na Teoria da Agência, deve prover o maior ganho ao *agente* com o menor custo ao *principal*⁷, alinhando ou compatibilizando os interesses das partes. No caso do setor saúde, incentivos podem ser destinados a encorajar os prestadores de serviços médico-hospitalares a adotar um cuidado custo-efetivo ou a alcançar certos padrões de qualidade.

Este trabalho realiza uma revisão bibliográfica sobre as experiências com os programas de pagamento de incentivos explícitos de caráter financeiro (pagamento por desempenho - PPD) utilizados na atenção primária à saúde de novembro de 2005 a julho de 2009.

Metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo a partir da revisão da produção científica desenvolvida em periódicos indexados nas principais bases de dados relacionados a Ciências da Saúde disponíveis eletronicamente, utilizando o portal da BVS, Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME/OPAS/OMS, disponível em www.bireme.br. As bases de dados consideradas foram *Lilacs* (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), *Medline* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) e *Cochrane*.

O período de busca compreendeu de novembro de 2005 a julho de 2009, considerando a existência de revisões sistemáticas nos períodos anteriores. Foram utilizadas as palavras-chave: incentivos financeiros; *pay for performance*; pagamento por desempenho; também foram associadas as palavras diabetes, hipertensão arterial, cuidados primários e médicos generalistas. A pesquisa foi restrita às publicações em português e inglês.

Os artigos encontrados foram selecionados através dos seguintes critérios: (a) estivessem relacionados a profissionais médicos na atenção primária (foram eliminados aqueles referentes a serviços hospitalares ou a cuidado domiciliar, médicos especialistas ou especialidades médicas, enfermeiros ou farmacêuticos ou ainda apresentasse a perspectiva de operadora de plano de saúde); (b) explicitassem o uso de incentivos financeiros; (c) fossem artigos que incluíssem a base conceitual e também resultados empíricos relacionados ao uso de incentivos financeiros e seus efeitos na atenção primária à saúde e (d) fossem artigos originais (excluídos aqueles classificados como News, Letter, Entrevistas, Editoriais ou Comentários).

Os estudos selecionados foram categorizados em uma planilha, segundo o autor, o ano de publicação e local; o tipo de estudo e duração; resultado esperado com uso de incentivos financeiros; tipo e periodicidade do pagamento; a descrição sumária dos resultados e conclusões e pelos efeitos obtidos descritos como “positivo”, “parcialmente positivo” ou “sem efeito” conforme conseguissem ou não demonstrar uma relação de causa e efeito entre o uso de incentivos e a modificação da forma de atuação médica.

Resultado:

A primeira busca eletrônica por palavra-chave e por base de dado, realizada em novembro de 2008, resultou em 385 artigos. A segunda busca, realizada em setembro de 2009, resultou em mais 38 artigos totalizando 423. Utilizando os critérios estabelecidos, foram selecionados 32 artigos para leitura detalhada; desses, 06 artigos foram eliminados por não preencherem os requisitos. Dos 26 restantes, 15 (56%) foram descritos como “positivo”, ou seja, conseguiram demonstrar melhorias na assistência com a utilização de pagamento por desempenho. Outros 08 (31%) foram descritos como “parcialmente positivos”, pois apenas em parte essa relação foi encontrada, e os demais, 03 (12%), foram considerados “sem efeito” por não apresentarem a relação entre a melhoria da atenção à saúde e o pagamento por desempenho. Esses resultados são apresentados em Apêndice.

Os artigos apresentados nessa revisão são, basicamente, partes das duas experiências: a americana (com 10 artigos sobre a experiência de Seguros Saúde) e a inglesa (em 16 artigos). Para os Estados Unidos, de acordo com o *Leapfrog Group*⁹, 2007, (organização não governamental voltada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde), os programas em atividade de pagamento por desempenho aumentaram significativamente de 39 em 2003 para 148 em 2007, com mais de 57 milhões de beneficiários envolvidos e mais da metade das organizações privadas de seguro-saúde utilizando alguma estratégia de pagamento por desempenho.¹⁰

O modelo inglês público de saúde iniciou a utilização de incentivos em 2004, com um novo contrato para o médico generalista (*general practitioner-GP*) que tem nas medidas do *Quality and Outcomes Framework* (QOF) seu maior componente. Trata-se de um sistema de pontuação para o alcance de metas no cuidado de saúde que é vinculado a prêmios financeiros que podem representar até 25% da receita anual do profissional de saúde. Esse programa tem sido apontado como um dos elementos de melhoria nos processos e nos resultados dos pacientes e das condições de trabalho para os médicos. Tais resultados têm levado a que

outros países¹¹ iniciem políticas semelhantes de incentivos ao trabalho médico, tais como, Canadá, Holanda, Nova Zelândia, Alemanha, Austrália, entre outros, mas, ainda, sem produção científica consistente.

Em relação ao caso brasileiro, nenhuma literatura foi encontrada com experiências de programas de pagamento por desempenho segundo os critérios aqui analisados.

Discussão:

Santana¹² (2002) destaca a relação direta entre incentivo monetário e o desempenho médico e chama atenção para uma fragilidade no uso desses mecanismos: orientar as ações na direção dos interesses do regulador em detrimento de outra que pode ser igualmente importante. Peterson¹³, em 2006; Frolich et al¹⁴, em 2007; e Rosenthal e Frank¹⁵, em 2006 produziram revisões e concluíram que, a despeito do aumento de utilização de incentivos, não há na literatura um modelo conceitual de como essas propostas devem funcionar e quais fatores poderiam facilitar ou reduzir seu impacto, permanecendo ainda desconhecido o potencial efeito de melhoria da qualidade e que, mesmo com a produção atual de pesquisas, é necessário permanecer monitorando a efetividade do programa de incentivo e seus possíveis efeitos.

As experiências positivas demonstraram benefícios que estão compatíveis com as premissas de um programa de pagamento por desempenho (PPD) que são: participação médica voluntária com suporte para implantação¹⁶; garantia da qualidade do cuidado pelo uso de medidas baseadas em evidências e prêmio à alta qualidade no cuidado^{17,18,19,20,21,23,26,28}; transparência no processo de premiação²⁴; e foco de atenção em grupos de alto risco ou baixa cobertura de serviços sem discriminação de classe social ou étnica^{11,22,25,27}. Houve ainda um artigo avaliando positivamente o retorno de investimentos feitos no programa.²⁹

Os estudos que foram “parcialmente positivos” demonstram diferenças no impacto do pagamento de desempenho sobre a evolução da qualidade dos cuidados do diabetes e da hipertensão arterial, confirmando as melhorias significativas nos resultados intermédios (níveis de HbA1c, PA e colesterol total), mas a magnitude da melhoria parece diferir entre grupos étnicos (a diminuição nas áreas mais carentes ou nos grupos de negros, negros caribenhos e sul-asiáticos não foi tão grande como previsto).^{30,31,32,34,37} Três outros artigos^{33,35,36} apresentam a melhoria em algum item do cuidado como exames oftalmológicos em diabéticos, melhoria desigual por patologia (pior para as doenças coronarianas) e a dificuldade de manter os protocolos em um paciente com comorbidades se não houver uma adequação dos mesmos à realidade dos pacientes.

Os artigos que foram classificados como “sem efeito” mostram algumas incertezas e desafios que precisam ser mais bem avaliados como a possibilidade de prover cuidados inapropriados ou parcialmente apropriados a grupos étnicos diferentes³⁸; a dificuldade de medir os resultados nos pacientes que variam com a abordagem da doença e com a presença de comorbidades³⁹; e a possibilidade de efeitos não intencionais, diferentes das metas propostas inicialmente ou não vinculadas às mesmas.⁴⁰

Os estudos mostram também que, apesar das melhorias ocorridas nos últimos anos, principalmente no Reino Unido entre 2003 e 2006, no gerenciamento de doenças coronarianas, do diabetes e da hipertensão arterial, muitos pacientes ainda permanecem abaixo do patamar desejado, sejam aqueles de difícil controle e que vão sendo mantidos no acompanhamento, ou porque falta outra abordagem para incentivar a premiação advinda de mais melhoria, depois que as metas são atingidas. Em 2007/08, os médicos ingleses atingiram uma média de 968 pontos, correspondendo a 96,8% do total de 1000 possíveis de serem alcançados no sistema inglês de incentivos.⁴¹

Conclusão

O sistema de saúde, seja ele público ou privado, busca como objetivo primordial de sua existência tratar de forma adequada a assistência ao paciente. Vários sistemas de pagamento têm sido utilizados na tentativa de atingir os objetivos como melhoria da qualidade da assistência, melhoria do custo efetividade e estímulo à fixação médica em áreas de difícil manutenção de quadros. Os programas de pagamento por desempenho estão crescendo em diversos países, assim como as evidências sobre sua eficácia ou consequências e sobre os efeitos potenciais não intencionais no relacionamento do paciente-médico. O uso de incentivos financeiros pode ser o estímulo para resultados positivos, um fator para mudança, para alcançar metas e deve ser aperfeiçoado e aprofundado com foco no paciente. Desde que alinhado à ética médica e ao cuidado para não negligenciar a complexidade da assistência, especialmente nos idosos com patologias crônicas múltiplas, tem potencial para ajudar a melhorar a qualidade da atenção. Tais programas poderiam também resultar na exclusão de pacientes, quando apenas o protocolo é observado e não o paciente.

A bibliografia apresentada sugere que há relevância positiva na utilização de incentivos. Apesar disso, ainda há muito a ser pesquisado, considerando que os trabalhos com pagamento por desempenho são iniciais e que suas aplicações precisam ser continuamente avaliadas.

Referências Bibliográficas.

1. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Girardi SN e Carvalho CL. – Estudo sobre modalidades de contratação e remuneração de serviços e do trabalho médico na área hospitalar com foco em resultados-conceitos e evidências internacionais - Forthcoming – maio 2007
6. Cherchiglia M L. Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica – Washington, DC OPAS/OMS, 2002.
7. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives - The Milbank Quarterly 2001; 79 (2).
8. Stoddard J, Grossman JM e Rudell L. Physicians More Likely to face quality than incentives that may restrain care Issue Brief Vent. Stud Health Syst Change 2002 Jan (48)1-4.
9. Leapfroggroup - Provider Pay-for-Performance Incentive Programs: 2006-2007 National Study Results, 2007. On line Available from: http://www.healthforlifeamerica.net/healthforlife/filesfordownload/071204_H4L_HighestQualityCare.pdf
10. Gellad WF, Detsky AS and Choudhry NK. Implications of recent clinical trials on pay-for - performance Am J Health-Syst Pharm. 2009; 66:864-7
11. Crawley D, Ng A, Mainous AG, Majeed A, Millett C. Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England J R Soc Med; 2009 Mar, 102(3):103-7.
12. Santana EA. Contrato satisfatório multidimensional e a teoria do incentivo. Rev. Bras. Econ. [online]. 2002, 56; (4):661-694. doi: 10.1590/S0034-71402002000400005. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402002000400005&script=sci_arttext.
13. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C and Sookanan S. Does pay for performance improves the quality of health care? Ann Intern Med 2006 Aug15;145(4):265-72

14. Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley R A. A behavior model of clinic responses to incentives to improve quality - *Health Policy*, 2007; 80: 179-193
15. Rosenthal MB and Frank RG. What is the empirical basis for pay for quality in Health Care? *Medical Care Research and Review* 2006; 63:135
16. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom *N Engl J Med*; 2006 Jul; 355(4):375-84.
17. Levin-Scherz J, DeVita N, Timbie J. Impact of pay-for-performance contracts and network registry on diabetes and asthma HEDIS measures in an integrated delivery network *Med Care Res Rev*; 2006 Feb; 63 (1 Suppl):14S-28S.
18. Mandel KE and Kotagal UR Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 2007 Jul; 161 (7):650-5.
19. Cutler TW, Palmieri J, Khalsa M, Stebbins M. Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and california pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. *J Manag Care Pharm*. 2007 Sep.; 13(7):578-88.
20. Gilmore AS, Zhao Y, Kang N, Ryskina KL, Legorreta AP, Taira DA, et al. Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred provider organization setting: a six-year evaluation of a physician pay-for-performance program. *Health Serv Res*. 2007 Dec; 42(6 Pt 1):2140-59; discussion 2294-323.
21. Tahrani AA, McCarthy M, Godson J, et al. Diabetes care and the new GMS contract. *Br J Gen Pract*. 2007; 57 (539): 483–485.
22. Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework., *BMJ* 2008;337:a2030 doi:10.1136/bmj.a2030
23. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *N Engl J Med*. 2008 Jul 17; 359(3):274-84.
24. Millett C, Gray J, Wall M, Majeed A. Ethnic disparities in coronary heart disease management and pay for performance in the UK. *J Gen Intern Med*. 2009 Jan; 24(1):8-13.
25. Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, Gulliford M. Population Intermediate Outcomes of Diabetes under Pay-for-Performance Incentives in England from 2004 to 2008, *Diabetes Care*. 2009 Mar; 32(3):427-9.
26. Petersen L, Woodard LD, Henderson LM, Urech TH, Pietz K. Will Hypertension Performance Measures Used for Pay-for-Performance Programs Penalize Those Who Care for Medically Complex Patients? American Heart Association, on line 2009; 2978-85, available from:<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/CIRCULATIONAHA.108.836544v1#otherarticles>
27. Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, and Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes *CMAJ*. 2007 June 5; 176(12):1705-10.
28. Calvet M, Shankar A, McManus R J, Lester H and Freemantle N Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study *BMJ* 2009; 338:b1870.

29. Curtin K, Beckman H, Pankow G, Milillo Y, Green RA Return on investment in pay for performance: a diabetes case study. *J Healthc Manag.* 2006 Nov-Dec ;51(6):365-74
30. Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. *Diabet Med.* 2007 May; 24(5):505-11. Epub 2007 Mar 22
31. Coleman K, Reiter KL, Fulwiler D. The impact of pay-for-performance on diabetes care in a large network of community health centers. *J Health Care Poor Underserved.* 2007 Nov; 18(4): 966-83.
32. Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Khunti K, Majeed A. Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: the Wandsworth Prospective Diabetes Study. *PLoS Med.* 2007 Jun; 4(6):e191.
33. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England *N Engl J Med.* 2009 Jul; 361(4):368-78.
34. Gray J, Millett C, Saxena S, Netuveli G, Khunti K, Majeed A. Ethnicity and quality of diabetes care in a health system with universal coverage: population-based cross-sectional survey in primary care *J Gen Intern Med.* 2007 Sep; 22(9):1317-20.
35. Halanych JH, Safford MM, Keys WC, Person SD, Shikany JM, Kim YI, et al. Burden of comorbid medical conditions and quality of diabetes care. *Diabetes Care.* 2007 Dec. 30; (12): 2999-3004.
36. Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM et al. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med.* 2007 Jun; 22 (6): 872-6.
37. Millett C, Netuveli G, Saxena S, Majeed A Impact of pay for performance on ethnic disparities in intermediate outcomes for diabetes: a longitudinal study. *Diabetes Care.* 2009 Mar; 32(3):404-9,
38. Millett C, Gray J, Bottle A, and Majeed, A. - Ethnic Disparities in Blood Pressure Management in Patients With Hypertension After the Introduction of Pay for Performance *Ann. Fam. Med.* Nov 2008; 6: 490 – 496
39. Pearson SD, Schneider EC, Kleinman KP, Coltin KL, Singer JA The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Aff (Millwood).* 2008 Jul-Aug; 27(4):1167-76.
40. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M . Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med.* 2007 Jul 12; 357(2):181-90.
41. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2007/08 Published on line set/2008 by The NHS Information Centre Part of the Government Statistical Service ISBN 978-1-84636-236-1. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2007-08/QOF%20200708%20Statistical%20Bulletin.pdf>.

Autor, ano e local de publicação	Tipo de estudo e duração	Resultado esperado com uso de incentivos financeiros	Tipo e Periodicidade pagamento	Principais resultados e conclusões	Efeito
Crawley, D et al ¹¹ 2009 (UK)	Estudo descritivo, dados secundários do inquérito nacional de saúde para adultos com diagnóstico de diabetes, doença coronária ou hipertensão. Duração 2003 e 2006	Alcance de metas de níveis pressóricos, níveis sanguíneos de glicose e colesterol entre diferentes classes sociais	Bônus representa 356/550 pontos no QOF para doença coronariana, diabetes, AVC e hipertensão. Anual	Não há diferença, em atingir as metas no gerenciamento de doenças, nos casos de hipertensão arterial, diabetes ou doenças coronarianas, entre trabalhadores manuais e não manuais, antes ou após a introdução de PPD. O programa não trouxe impactos negativos entre as classes sociais	Positivo
Doran, T et al ¹⁶ 2006 (UK)	Estudo descritivo – base de dados Quality Management and Analysis System (QMAS) para 8105 clínicas de atenção primária no primeiro ano do PPD. Abril 2004 a Março 2005	Adesão ao novo contrato - avaliação restrita a 76 indicadores clínicos de qualidade correspondendo a 550 dos 1050 pontos potenciais	Bônus indicadores representam pontos no QOF - Quality and Outcomes Framework e até 25% da receita Anual	A mediana de metas alcançadas foi de 83,4%. Características sócio-demográficas dos pacientes (idade e renda) e das clínicas (tamanho, número de pacientes por médico, idade do médico e local de formação) tiveram efeitos moderados, mas significativos no desempenho. A emissão de relatórios de exceção, excluindo pacientes no cálculo de indicadores específicos foi, na mediana, de 6%	Positivo
Levin-Scherz J et al ¹⁷ 2006 (USA)	Estudo observacional com 1.100 médicos de atenção primária, 4.000 especialistas e cerca de 500 mil pacientes de um plano de saúde privado. Duração 2004 - 2005	Melhora no cuidado e no preenchimento do sistema de informação para diabetes e asma para medidas do HEDIS	Bônus \$3.000 a \$5.000 por médico Anual	PPD levou ao desenvolvimento de programas de gestão do cuidado, incluindo intervenções não-médicas, ajudando melhorar a pontuação dos indicadores selecionados no HEDIS (NCQA's Health Plan Employer Data and Information Set) para as duas patologias possibilitando atingir as metas de remuneração.	Positivo
Mandel K E & Kotagal U R ¹⁸ 2007 (USA)	Análise de uma série temporal com 44 pediatras de uma associação médico-hospitalar (PHO) e 13.380 crianças com asma. Outubro/2003 a Nov/ 2006	Melhora na cobertura vacinal de influenza, uso adequado de medicamentos e dos registros em prontuários	Bônus potencial variando de 2 a 7% na produção paga. Mensal	O percentual da amostra que recebeu o cuidado adequado no tratamento da asma aumentou 4% para 88%. O percentual da população asmática recebendo vacina de influenza cresceu de 22% para 62%. As mudanças resultaram em uma melhoria substantiva e sustentável.	Positivo
Cutler, T W et al ¹⁹ 2007 (USA)	Estudo retrospectivo com 165 pacientes diabéticos de um plano de saúde, entre 18 e 75 anos Janeiro/2003 a Dez/2004	Melhora no manejo dos pacientes: teste colesterol LDL e atingir a meta de controle LDL-C (<130 mg/dl)	Bônus - teste de colesterol representa de 4,44 a 7,14 % do total pago Mensal	Pacientes inscritos no CDCM (<i>chronic disease care management</i>), sob cuidados de médicos que recebiam incentivos financeiros de desempenho, mostraram frequência mais elevadas em testar os níveis de LDL-C e de manter o controle de LDL-C, do que aqueles pacientes gerenciados pelos cuidados de rotina.	Positivo

Autor, ano e local de publicação	Tipo de estudo e duração	Resultado esperado com uso de incentivos financeiros	Tipo e Periodicidade pagamento	Principais resultados e conclusões	Efeito
Gilmore A S et al ²⁰ 2007 (USA)	Estudo descritivo comparando nível de cuidado recebido pelos 220.000 clientes de um plano de saúde não lucrativo no Hawaii. Duração 1998 a 2003	Melhora em pelo menos um dos onze indicadores disponíveis ex: frequência de exames bioquímicos, mamografia, vacinas.	Bônus variando de 1 a 7% sobre a base da receita do profissional Anual	Os pacientes dos médicos participantes do programa têm uma associação consistente e positiva com probabilidade significativamente maior de receber o cuidado recomendado quando comparado ao pacientes que visitaram apenas médicos não participantes.	Positivo
Tahrani, A A et al ²¹ 2007 (UK)	Estudo retrospectivo com 16.867 pacientes diabéticos de 66 clínicas em Shropshire/ Reino Unido. Abr/2004, Mar/ 05 Mar/2006	Melhora no cuidado do paciente com diabetes antes e após a implantação do programa de incentivos.	Bônus representa 93 pontos no QOF para diabetes Anual	Houve melhora estatisticamente significativa, em todos os indicadores organizacionais e de qualidade assistencial sugerindo que houve um ganho real de saúde.	Positivo
Ashworth, M et al ²² 2008 (UK)	Estudo retrospectivo longitudinal com 99,3% das clínicas de atenção primária no primeiro ano, 98,3% no segundo e 97,8% no terceiro ano, na Inglaterra. Duração 2005 a 2007	Anotação de medidas de pressão arterial entre os pacientes de cada médico	Bônus representam pontos no QOF e respondem por até 25% da receita individual Anual	Depois da incorporação PPD em 2004, melhorou o controle e o monitoramento da pressão arterial, reduzindo a desigualdade de controle existente nas áreas com maior privação econômica. Em 2005, 82,3% dos adultos tiveram medidas de pressão arterial verificadas; em 2007, a proporção subiu para 88,3%%.	Positivo
Doran, T et al ²³ 2008 (UK)	Estudo descritivo 96% das clínicas de atenção básica, dados do U.K. Census, do U.K. <i>Department of Health</i> ; envolve mais de 49 milhões de pacientes. Abril 2005 a Março 2006	Determinar a taxa de relatório de exceção para os 65 indicadores clínicos e a associação com as características dos pacientes e da prática médica.	Bônus recompensa média de £ 125 (aproximadamente US \$ 250) por ponto recuperado pelo relatório de exceção Anual	O relatório de exceção (<i>exception reporting</i>) retira da avaliação do desempenho dos indicadores os pacientes de maior complexidade, e na mediana, para todos os médicos em 2005/06, ocorreu em 5,3%. A taxa variou de 0 a 28,3%, com o as características do paciente e das clínicas médicas. Representou 13,9 de 492 pontos possíveis e na mediana, respondeu por 1,5% do custo do programa.	Positivo
Millett C et al ²⁴ 2009 (USA)	Comparação de dois estudos longitudinais, com 2891 cardiopatas no primeiro e 3101 no segundo de 32 clínicas de atenção primária em Londres. Duração 2003 e 2005	Percentual melhoria nos indicadores do cuidado nas doenças cardíacas nos diferentes grupos étnicos identificados pelo <i>UK census</i> .	Bônus representa 89 pontos no QOF Anual	A meta para pressão arterial (PA) e colesterol total cresceu significativamente (51,2% para 58,9) e (65,7% para 73,8%). No grupo de pacientes negros foram reduzidas as desigualdades existentes (negros 54,8% vs. brancos 58,3%) e as metas atingidas em 2005. No grupo de sul asiático o impacto na anotação de P.A. foi baixo.	Positivo

Autor, ano e local de publicação	Tipo de estudo e duração	Resultado esperado com uso de incentivos financeiros	Tipo e Periodicidade pagamento	Principais resultados e conclusões	Efeito
Vaghela P et al ²⁵ 2009 (UK)	Estudo descritivo analisando 98% de todos os médicos de atenção primária e 1.764.063 (2004 – 2005) e 2.087.487 (2007 – 2008) diabéticos Duração 2004–2008	Proporção de metas atingidas: diabéticos com medidas de HbA1c $\leq$ 7.5%, pressão arterial de 145/85mmHg e colesterol = 5mmol/l	Bônus no QOF com diabetes representa cerca de 10% do total de incentivos Anual	A proporção média de médicos que atingiram a meta de HbA1c cresceu de 59.1% em 2004/05 para 66.7% em 2007/08, o controle de pressão arterial aumentou de 70.9% para 80.2%, e do colesterol de 72.6% para 83.6% no mesmo período, reduzindo de 57% para 26% os médicos com baixo perfil de desempenho.	Positivo
Peterson L A et al ²⁶ 2009 (UK)	Estudo descritivo utilizando dados de 141.609 veteranos atendidos em três estados com hipertensão arterial Duração 2005	Diferença entre os cuidados recebidos no controle de pressão arterial para pacientes com comorbidades	Não descrito	Foi observado que a qualidade do cuidado não variou na presença de comorbidade e os pacientes que demandam cuidados mais complexos têm grandes chances de receber o tratamento necessário.	Positivo
Millett C et al ²⁷ 2007 (Canadá)	Estudo longitudinal base populacional com 4.284 pacientes diabéticos no Reino Unido. Jun a Out/03 e Nov/05 a Jan/06	Redução no tabagismo entre doentes crônicos	Bônus no QOF com tabagismo representa 13% (74/550) do total Anual	O PPD aumentou o suporte para cessar o tabagismo e foi associado à redução na prevalência de fumantes entre os diabéticos (ajustado ao cuidado de saúde). A proporção de pacientes com registro que deixou de fumar cresceu significativamente (48.0% em 2003 para 83.5% em 2005)	Positivo
Calvert, M et al ²⁸ 2009 (UK)	Estudo retrospectivo com pacientes diabéticos em 147 clínicas de atenção primária no Reino Unido Entre 2001 e 2007	Melhora no cuidado do diabético antes e após a implantação do PPD: controle de glicemia, colesterol e P. arterial.	Bônus representa 93 pontos no QOF para diabetes Anual	Durante os seis anos foi verificada melhoria nos processos e nos resultados intermediários no cuidado do diabetes principalmente entre pacientes diabéticos que não atingiram a definição de caso para inclusão no programa. Após 2005, a melhora foi atenuada	Positivo
Curtin, K et al ²⁹ 2006 (USA)	Estudo descritivo, análise do retorno do investimento com PPD no manejo de doenças crônicas de um plano de saúde não lucrativo com 300 mil clientes. Duração 2002 a 2005	Melhor desempenho no cuidado de diabetes, asma, doenças do coração usando indicadores clínicos e satisfação dos clientes.	Bônus variando de 06 mil a 18 mil dólares. Anual	Houve retorno do investimento (ROI) feito para a implantação do programa. Foi calculada a despesa com os pacientes nos dois anos anteriores e posteriores ao programa. O custo anual para um programa de tamanho médio é \$1.150.000, tornando o programa custo efetivo, pela economia média de gasto com pacientes de diabetes de \$2.4 milhões /ano.	Positivo
Gulliford MC et al ³⁰ 2007 (UK)	Estudo transversal com dados de prontuário de 2.099 pacientes em 26 clínicas atenção primária Duração 2005	Melhora no cuidado de diabetes e medidas intermediárias de HbA1c $\leq$ 7,4%	Bônus representa 93 pontos no QOF para diabetes Anual	A mediana de atingir as metas de HbA1c aumentou a cada ano: 2000: 22%; 2002: 37%; 2003: 38% e em 2005: 57%. Nas áreas mais pobres e/ou com presença de minorias étnicas, apesar da melhora, o controle e o percentual das metas atingidas foram inferiores.	Parcialmente positivo

Autor, ano e local de publicação	Tipo de estudo e duração	Resultado esperado com uso de incentivos financeiros	Tipo e Periodicidade pagamento	Principais resultados e conclusões	Efeito
Coleman K et al ³¹ 2007 (USA)	Estudo transversal com 1.166 pacientes tratados em 2003 em 46 clínicas de atenção primária, por médicos assalariados e que em 2004 passam a receber também produtividade. Duração 2003 a 2004	Efeitos a produtividade e a indicação adequada de exames vinculados a protocolos de controle do diabetes.	Base salarial acrescida de produtividade Mensal	Comparado à linha de base, o programa, melhora a conformidade da indicação e a probabilidade dos pacientes receberem dois testes de HbA1c /ano como recomendado, apesar disso os resultados sugerem que o programa não contribuiu para melhorar o controle da doença com os valores glicêmicos esperados.	Parcialmente positivo
Millett C et al ³² 2007 (USA)	Estudo longitudinal com base populacional com 4284 pacientes diabéticos de 32 clínicas de atenção primária do Reino Unido. Jun a Out/03 e Nov/05 a Jan/06	Resultado no controle do diabetes; da pressão arterial e do colesterol total.	Bônus representa 99 pontos no QOF para diabetes Anual	A proporção dos pacientes que alcançaram as metas HbA1c e o colesterol total sérico e nível pressórico aumentou significativamente, após o PPD, em todos os grupos étnicos, à exceção do grupo de pacientes negros caribenhos, cuja melhoria foi significativamente mais baixa no diabetes e no controle de pressão arterial.	Parcialmente positivo
Campbell SM et al ³³ 2007 (USA)	Estudo longitudinal, em três pontos no tempo, avaliados 2300, 1495 e 1482 pacientes de 42 clínicas de atenção primária do Reino Unido. 1998, 2003 e 2005	Melhoria no controle de diabetes, asma e doenças do coração, utilizando indicadores do cuidado incluindo hábitos de vida.	Bônus representam pontos no QOF e respondem por até 25% da receita individual Anual	A qualidade do cuidado com asma e diabetes tipo 2 e para doença de coração vem melhorando desde antes da introdução do incentivo, todavia este último pode ser associado com uma melhora significativa no cuidado na asma e no diabetes. Para as doenças do coração, a taxa de melhoria não foi estatisticamente significativa.	Parcialmente positivo
Gray, J et al ³⁴ 2007 (USA)	Estudo transversal com base populacional com 7.605 pacientes diabéticos (≥18 anos) de 32 clínicas de atenção primária do Reino Unido. Nov/ 2005 e Janeiro 2006	Indicadores de qualidade no cuidado de diabetes e nos resultados intermediários por grupo étnico.	Bônus representa 99 pontos no QOF para diabetes (pontos anteriores a reforma de 2006) Anual	Modestas variações nos indicadores entre grupos étnicos, não há diferenças significativas em medida da pressão arterial, HbA1c, colesterol, creatinina microalbuminúria, ou <i>screening</i> de retinopatia. Há, de forma significativa, menor probabilidade de negros e sul asiáticos de alcançar todas as metas do tratamento nacional para diabetes.	Parcialmente positivo
Young, G J et al ³⁵ 2007 (USA)	Estudo retrospectivo usando pré e pós-análise com 334 médicos de atenção primária. Duração entre 1999 e 2004.	Melhora na adesão a quatro medidas de desempenho no cuidado do diabetes.	Bônus Periodicidade não descrita.	Melhorou a aderência aos padrões de cuidado no diabetes em apenas uma medida: a taxa de adesão para exame oftalmológico que aumentou, em média, 07 pontos percentuais e parece ser imputável ao PPD. Demais indicadores sem alteração na adesão.	Parcialmente positivo

Autor, ano e local de publicação	Tipo de estudo e duração	Resultado esperado com uso de incentivos financeiros	Tipo e Periodicidade pagamento	Principais resultados e conclusões	Efeito
Halanych JH et al ³⁶ 2007 (USA)	Estudo transversal com 6032 pacientes diabéticos ≥ 65 anos inscritos no Medicare nos Estados Alabama, Florida, e North Carolina. Janeiro a Dezembro 2003	Variação de frequência de medidas de HbA1c, lipídios, fundoscopia, micro-albuminúria na presença de co-morbidades.	Bônus por paciente inscrito pago ao plano de saúde pelo Medicare Mensal	Os cuidados recebidos não diferiram na presença de co-morbidade como esperado. Não houve ajuste na conduta ou dos protocolos para pacientes com ou sem co-morbidades, podendo gerar uso desnecessários dos recursos. Antes de implantar programas de desempenho com medidas únicas de avaliação, devem ser verificados os cuidados necessários a cada paciente	Parcialmente Positivo
Millett C et al ³⁷ 2009 (USA)	Estudo longitudinal de 1.968 adultos (≥18 anos) com diabetes de 15 clínicas de atenção primária no Reino Unido. Entre 2000 e 2005	Melhora no cuidado de diabetes e medidas intermediárias de pressão arterial e valores de Hba1c	Bônus representa 93 pontos no QOF para diabetes Anual	Houve redução, na média, dos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, significativamente maiores aos previstos pelas tendências nos pacientes brancos, nos negros e nos sul asiáticos. Reduções nos níveis de Hba1c foram significativamente maiores do que o previsto nos branco, mas não nos negros e nos sul-asiáticos.	Parcialmente positivo
Millett C et al ³⁸ 2008 (USA)	Estudo longitudinal base populacional com 9.044 pacientes de 16 clínicas de atenção primária no Reino Unido. Novembro 2005 a Jan/ 2006	Melhoria da qualidade da assistência em hipertensão arterial nos diferentes grupos étnicos identificados pelo UK census.	Bônus representa 83 pontos no QOF Anual	O registro da medida da pressão arterial é igual entre os grupos étnicos, mas os pacientes negros tem menos possibilidade de atingir a meta de níveis pressóricos. Não foi observada melhoria na assistência com uso PPD e as disparidades do cuidado permaneceram especialmente nos pacientes negros e com múltiplas co-morbidades.	Sem efeito
Pearson SD et al ³⁹ 2008 (USA)	Estudo descritivo avaliação do impacto do PPD em cinco planos de saúde não lucrativos em Massachusetts com 04 milhões de clientes e 5000 médicos de atenção primária. Duração 2001-2003	Melhoria da qualidade da assistência em 13 indicadores do HEDIS – diabetes, <i>screening</i> para clamídia, câncer mama ou cervical, ente outras	Bônus de \$200 a \$2.500 por médico Anual	Poucos estudos têm avaliado a eficácia dos programas de PPD em melhorar a qualidade do cuidado. No programa o grupo que recebeu incentivo não foi associado a uma propensão maior de melhoria do cuidado comparado ao grupo controle. Recomenda estudos futuros	Sem efeito
Campbell SM et al ⁴⁰ 2009 (USA)	Estudo descritivo comparativo - série temporal interrompida em 42 clínicas de atenção básica realizado no Reino Unido. (1998 e 2003) e (2005 e 2007)	Prontuários de pacientes asmáticos, diabéticos ou com doença do coração.	Bônus representam pontos no QOF e respondem por até 25% da receita individual Anual	Entre 2003 e 2005, cresceu a taxa de melhoria do cuidado para asma e diabetes. Depois de 2005 a taxa para diabetes continuou a melhorar, mas em % equivalente ao período anterior ao programa. Em 2007, a melhoria das três condições foi desacelerada. Foi observada uma tendência de piora nos indicadores não vinculados ao PPD.	Sem efeito

4. Artigo Dois

A percepção do médico sobre a utilização do pagamento por desempenho em um programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde.

The physician's perception on the use of payment per performance in a management program of cardiovascular diseases: the case of a health plan provider

Autoras:

Cármén Lúcia Soares Gomes¹

Cristiana Leite Carvalho²

Mariângela Leal Cherchiglia³

¹Mestranda em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

²Doutora em Saúde Pública, Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

³Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta do Depto de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Orientadora.

Autor correspondente: Mariângela Leal Cherchiglia

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Medicina da UFMG.

Avenida Professor Alfredo Balena 190/7º andar,

Santa Efigênia, 30130-100, Belo Horizonte MG.

cherchmll@medicina.ufmg.br

Categoria do artigo: Artigo Original

A percepção do médico sobre a utilização do pagamento por desempenho em um programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde.

The physician perception about the use of payment for performance in a management program of cardiovascular diseases: the case of a health plan provider

Resumo - Objetivos: desde os anos 50, passou-se a dar valor crescente aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. O gerenciamento de doenças cardiovasculares (PGC) busca a construção da autonomia dos pacientes e a melhoria da qualidade de vida. Em alguns países, para alcançar esses objetivos, a utilização de programas de pagamento por *performance* (PPP) aos médicos tem sido apontada como um dos elementos de melhoria nos processos, nos resultados dos pacientes e nas condições de remuneração. O objetivo deste estudo é analisar o ponto de vista dos médicos sobre a implantação dos pagamentos por desempenho vinculados ao PGC em uma operadora de plano de saúde. **Métodos:** trata-se de investigação de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com médicos participantes ou não do PGC, realizadas em setembro de 2009, tendo como referência as ações implantadas no ano de 2008. **Resultados:** foram entrevistados 23 médicos (14 homens e 09 mulheres) com tempo médio de formados de 26 anos. O incentivo financeiro é reconhecido como importante, mas não determinante da inclusão de pacientes. O principal motivo para a inclusão dos pacientes PGC foi a organização do cuidado, no qual o paciente é mais bem acompanhado e controlado e o trabalho médico avaliado segundo parâmetros preestabelecidos. **Conclusões:** o PGC e o PPP têm potencial de transformação do cuidado em saúde, melhorando o resultado de indicadores. O trabalho multidisciplinar e a maior produtividade nos atendimentos no consultório foram os principais efeitos positivos identificados. Outros estudos são necessários para observar a evolução e os efeitos do pagamento por desempenho.

Palavras-Chave: pagamento por desempenho, pagamento por *performance*, gerenciamento de doenças, remuneração médica, incentivos médicos

Summary - Objectives: Since the '50s, people began to give increasing value to the risk factors for cardiovascular disease. The management of cardiovascular disease (CMP) seeks the construction of patient autonomy and improved quality of life. In some countries, to reach these goals, the use of pay-per-performance (PPP) to physicians has been mentioned as one of the elements of improvement in the process, in patient outcomes and in remuneration conditions. Our goal is to study the medical perspective of the implementation of performance payment linked to the CMP. **Methods:** This is a qualitative research, a case study. We used semi-structured interviews with PGC participating and non-participating doctors. The interviews were conducted in September 2009, having as reference the actions implemented in 2008. **Results:** We interviewed 23 doctors (14 men and 9 women) with an average of 26 years of graduation. The main reason cited for the inclusion of CMP patients was the organization of their care, in which the patient is well controlled and monitored and medical work is evaluated by pre-established parameters. The financial incentive is recognized as important but not determining of the inclusion of patients. **Conclusions:** The CMP and the PPP have the potential to transform the health care, improving the outcome indicators. Multidisciplinary work and increased productivity in appointments in the practice were the main positive effects identified. Further studies are required to observe the progress and effects of performance payment.

Key words: pay for performance, disease management, medical payment, medical incentives.

Introdução

As principais causas de morte, hoje, estão representadas pelas enfermidades crônico-degenerativas, próprias da longevidade, e as mortes por causas externas nas grandes cidades. Desde os anos 50, após os resultados iniciais dos Estudos de Framingham (*Framingham Heart Study*)¹, passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças crônico degenerativas, em especial, aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, conhecidos como "fatores de risco clássicos".² Para a grande maioria desses fatores, há relação direta entre a presença do mesmo e a probabilidade de morte ou de manifestações clínicas das doenças isquêmicas.

A gestão do cuidado nas doenças crônico-degenerativas tem ênfase nas medidas de promoção à saúde e na prevenção de doenças e suas complicações, buscando a melhoria da qualidade de vida e estratégias de acompanhamento dos pacientes que otimizem a utilização dos recursos disponíveis e estão focados nos pontos principais descritos abaixo:

- nas ações educativas, estímulo a mudanças no estilo de vida e construção da autonomia dos pacientes;
- na abordagem dos fatores de risco e doenças já instaladas com orientações para o autocuidado e estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso; e
- nas ações multidisciplinares.

Em alguns países, para alcançar esses objetivos, há a utilização de programas de pagamento por desempenho ao médico e às equipes multidisciplinares, como forma de incentivar a melhoria nos resultados dos cuidados dispensados aos pacientes.³

Por incentivo entende-se aquilo que gera estímulo a alguém para fazer ou desejar alguma coisa, é um ganho extra que procura criar motivações nos envolvidos para buscar metas preestabelecidas ou reforçar determinados comportamentos.⁴ Pode ser considerado um componente da estratégia de gestão que, aplicado a uma remuneração básica, visa alcançar os objetivos da organização.

Nos Estados Unidos, de acordo com o *Leapfrog Group*⁵, 2007 (organização não governamental voltada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde), são mais de 148 programas em atividade de pagamento por desempenho com mais de 57 milhões de

beneficiários envolvidos e, além disso, mais da metade das organizações privadas de seguro saúde utilizam alguma estratégia de pagamento por desempenho.⁶

Já o modelo de incentivos utilizado desde 2004 pelo Sistema Público de Saúde no Reino Unido baseia-se em um novo contrato para o médico generalista (*general practitioner-GP*) que tem nas medidas do *Quality and Outcomes Framework* (QOF) seu maior componente. Trata-se de um sistema de pontuação para o alcance de metas no cuidado de saúde que, vinculado a prêmios financeiros, pode representar até 25% da receita anual do profissional de saúde.⁷

No Brasil, a discussão sobre o modelo de atenção à saúde, orientado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar⁸, criou a necessidade de rever as práticas adotadas no segmento, em consonância com a atenção integral à saúde baseadas nas necessidades do paciente. As experiências com a utilização de pagamento por desempenho na organização do cuidado na saúde suplementar são ainda incipientes e sem publicações consistentes, o que reveste este estudo de uma importância particular, mas apõe sobre ele as dificuldades claras daqueles que investigam situações ainda pouco exploradas pela literatura especializada.

Este estudo visa analisar a utilização de incentivos financeiros (pagamento por *performance* - PPP) para os médicos no Programa de Gerenciamento Cardiovascular⁹ (PGC) implantado, em 2008, por uma operadora de plano de saúde de grande porte localizada no Estado de Minas Gerais. Fundada na década de 70, atualmente atende a mais de 100 mil beneficiários (cerca de 20% da população) em 17 municípios de sua área de atuação contando com mais de 1.100 médicos e mais de 150 hospitais, clínicas e laboratórios contratados.

O PGC objetiva a melhoria do cuidado e da qualidade de vida dos beneficiários e a utilização adequada dos recursos pela organização do cuidado aos portadores de fatores de risco modificáveis e/ou de doenças cardiovasculares, melhorando seu prognóstico e perfil de utilização dos serviços de saúde. Assim, o que se pretende é analisar a percepção dos médicos sobre o uso de incentivos financeiros no programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares e se houve alguma mudança na condução do paciente na vigência do programa e quais foram as motivações para essa mudança.

Métodos

Trata-se de investigação de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso, com o objetivo de estudar a percepção dos médicos da implantação do pagamento por desempenho vinculado

aos programas de gerenciamento de doenças cardiovasculares.

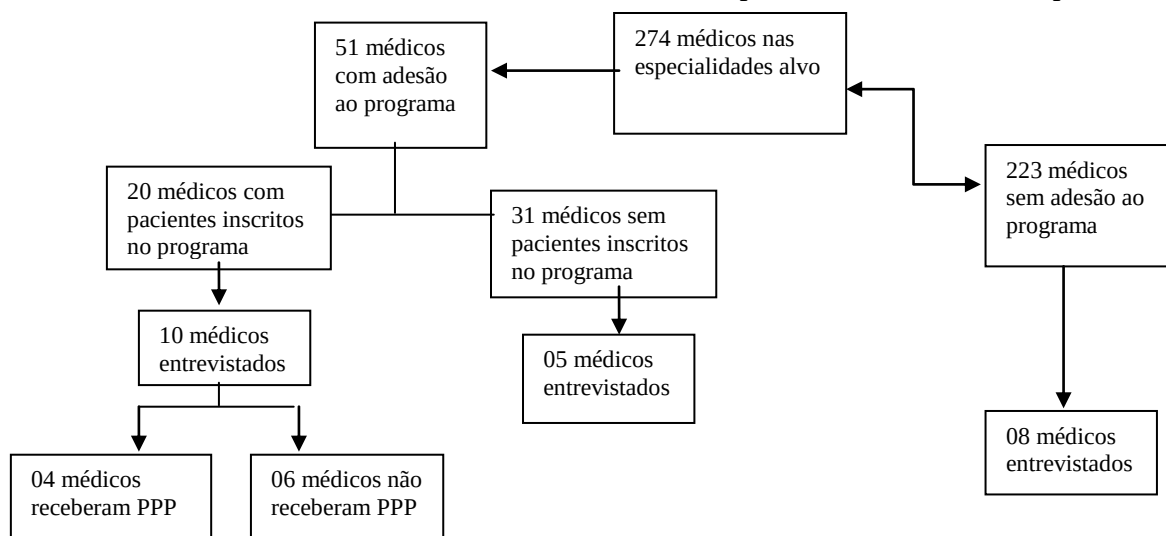
A operacionalização do PGC é feita a partir da identificação dos portadores de determinada patologia ou agravo como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Dislipidemia, Hipertensão Arterial, Obesidade, Tabagismo, entre outras. Cada paciente identificado é estratificado pelo risco, gravidade e perfil de custo e tem uma proposta de cuidado customizada à sua necessidade com o acompanhamento dos indicadores clínicos definidos em seu seguimento. O programa é composto por pólos de atuação multiprofissional (nutricionistas, médicos especialistas em reabilitação cardíaca, enfermeiros, educadores físicos, assistentes sociais entre outros) que desenvolvem ações de atividade física, reabilitação cardiovascular, caminhada orientada, controle do tabagismo e peso saudável. Os polos funcionam em um espaço próprio da Operadora (OPS), chamado de Núcleo de Atenção a Saúde (NAS), e atuam de forma complementar ao cuidado desenvolvido no consultório pelo médico assistente.

A adesão do médico ao programa é caracterizada pela participação em um treinamento prévio, cuja presença integral é pré-requisito necessário à obtenção de certificado e à inclusão de pacientes no programa. Já o paciente deve ser encaminhado ao NAS através de formulário próprio e aqueles que chegam por outras vias não resultam em benefícios para o médico assistente.

A apuração das metas é realizada a cada 06 meses para pacientes sem histórico prévio de eventos cardiovasculares e a cada 03 meses para pacientes com esse histórico. O alcance de duas das seis metas propostas nos indicadores clínicos, por paciente, define o pagamento de uma consulta extra mensalmente, enquanto as metas permanecerem dentro do parâmetro esperado, ou seja, na manutenção dos resultados alcançados o pagamento extra é continuado.

A seleção dos entrevistados levou em consideração o universo dos médicos nas especialidades alvo do programa: Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia e Pneumologia dentro da disponibilidade e interesse dos profissionais em participar, conforme apresentado no fluxograma abaixo.

Quadro – Universo e a amostra dos médicos especialistas selecionados para entrevista



Fonte: quadro preparado pelas autoras

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de permitir aos entrevistados discorrer sobre suas experiências no PGC focado na utilização dos incentivos financeiros. As entrevistas foram realizadas até atingir o chamado "ponto de saturação teórico", alcançado quando os novos entrevistados começam a repetir os conteúdos já obtidos anteriormente, sem acrescentar novas informações relevantes.¹⁰

Foram estabelecidas as variáveis chaves a serem captadas nas entrevistas conforme descritas abaixo, buscando compreender, basicamente, os seguintes aspectos do trabalho médico:

1. importância do pagamento por desempenho;
2. motivos para aderir ou não aderir ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular;
3. percepção do programa na prática clínica e no comportamento dos pacientes.

A coleta de dados foi realizada nos locais designados pelos médicos, no mês de setembro de 2009, tendo como referência as ações implantadas nos anos de 2008, remuneradas, pela primeira vez, no primeiro trimestre de 2009. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP da UFMG parecer número ETIC262/09 e autorizado pela operadora de saúde. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua integralidade. Todas as transcrições foram lidas por dois pesquisadores e codificadas em uma matriz construída para esse fim. As transcrições foram mantidas intactas.

Resultado

Atualmente 51(19%) dos 274 médicos nas especialidades alvo finalizaram a capacitação e estão aptos a incluir pacientes; desses apenas 20 médicos já encaminharam pacientes para pelo menos um dos polos de cuidado no NAS e somente 04 receberam os pagamentos por *performance* (PPP) até o momento da pesquisa.

Entre as especialidades alvo do PGC, a participação proporcional de médicos por especialidade e a adesão ao programa é mais significativa na Endocrinologia (41%), na Pneumologia (26%) e na Cardiologia (25%) que estão diretamente relacionadas ao objeto do programa de gerenciamento cardiovascular, incluindo o controle do tabagismo que possui na Pneumologia um grande foco de ação. As demais especialidades têm menor participação: Clínica Médica (8%) e Homeopatia (10%).

Entre aqueles que aderiram ao PGC, a média de idade é de 54 anos e o tempo médio de trabalho para a OPS é de 14 anos. Foram entrevistados 23 médicos (14 homens e 09 mulheres) com tempo médio de formados de 26 anos, média de idade de 50 anos e tempo médio de trabalho para a OPS de 22 anos. Exceto por dois profissionais já aposentados e um que também é professor universitário, os demais têm no consultório sua principal fonte de renda, mesmo quando possuem vínculos empregatícios com outras instituições. A relação com a operadora de serviços de saúde é considerada boa pela maioria dos profissionais e responde de 40 a 80% da receita do consultório desses profissionais.

Importância do pagamento por desempenho na percepção dos médicos

A proposta do programa para o PPP é gerar o acréscimo monetário no valor de uma consulta, por mês, por paciente que atinge a meta de dois ou mais indicadores clínicos. Entre os médicos que receberam o incentivo, o valor monetário pago não foi percebido como significativo, ou seja, não trouxe impacto substancial na remuneração dos médicos, mas foi considerado um diferencial.

Considerando que o PGC tem pouco tempo de duração e poucos pacientes atingiram as metas, os valores financeiros pagos não trouxeram mudanças nos ganhos de forma a serem visualizadas facilmente. Entretanto pode ser percebido que a presença do incentivo, de certa forma, pode nortear a procura de pacientes no perfil adequado aos encaminhamentos buscando juntar o “útil ao agradável”.

[...] seria um programa que eu teria que fazer até por conta da minha própria profissão, independente da remuneração, seria obrigação minha fazer prevenção nos meus pacientes e encaminhá-los para um tratamento adequado [...] Hoje eu tenho as duas satisfações, a primeira de estar oferecendo para o paciente um atendimento melhor e o segundo é que pelo trabalho que eu já teria que fazer, eu estou tendo uma remuneração a mais [...] Eu não fazia busca ativa desse paciente, mas em função de ter que fazer um acompanhamento para um paciente e, também, até pelo fato da remuneração hoje, a gente busca ver paciente que tem perfil para mandar [...] **(Entrevista 14)**

[...] não é essa remuneração que é o importante pra mim, apesar da gente viver disso [...] Mas eu acho que o importante é a idéia (a remuneração diferenciada.). É importante [...] Na verdade, seria o porquê de funcionar isso do ponto de vista do médico. Tem orientação para parar de fumar, perder peso, de fazer atividade física a gente faz no nosso dia-a-dia. E a partir do momento que você vê resultado no seu trabalho, tanto financeiramente, apesar de eu não ter uma idéia de valores, quanto o paciente estar melhor, mais protegido e dentro das escalas de risco, você vê que ele está com menos risco de ter algum problema do que ele tinha anteriormente. **(Entrevista 21)**

Mesmo para os médicos, que aderiram ao programa, e ainda não receberam o incentivo, observa-se a confiança de que a organização do cuidado e a existência do estímulo de metas remuneradas podem contribuir para aprimorar a situação de saúde do paciente. Tem-se, então, que os entrevistados ressaltam a importância do cuidado médico aos seus pacientes, mas reconhecem que aqueles que obtêm resultados esperados devem ser distinguidos e que uma das formas disso acontecer é pela remuneração diferenciada. Assim, nas entrevistas abaixo, essa questão é claramente ilustrada:

[...] Eu acho que é um estímulo a mais [...] eu tenho as minhas metas, eu quero os meus pacientes nessas metas e independente do que eu vou ganhar. Mas eu acho que é um estímulo a mais, um incentivo a mais para que eles tenham um cuidado a mais com os pacientes. [...] você está remunerando melhor um profissional que está tendo uma atenção melhor com o seu paciente. Eu acho que a idéia é muito válida e eu acho que a filosofia é o ideal... **(Entrevista 02)**

[...] Eu acho que é um estímulo, porque se você já vai fazer bem para o seu paciente, você está vendo uma coisa boa para ele e, ainda por cima, você tem um incentivo a mais, uma coisa que vai sair a mais pra você [...] se não existisse esse incentivo, se eu tiver um paciente eu vou encaminhar do mesmo jeito, porque eu vou ver mais o que é bom para o ele. [...] Se houver remuneração melhor ainda. **(Entrevista 07)**

[...] Olha, eu acho que isso é muito positivo porque leva o profissional médico a começar a criar um diferencial de atendimento. A partir do momento que você começa a criar um estímulo para esse profissional é que ele começa a enxergar que existe outro caminho de fazer medicina e que é um caminho mais bonito, mais prático, mais fácil e que é o caminho da prevenção. Em vez de pegar um paciente doente e tentar curá-lo, trabalhar para evitar que esse paciente adoça. Então hoje o que tem sido feito é, primeiro, tentar mudar esse paradigma do profissional médico, aonde ele saia da cultura intervencionista e hospitalocêntrica para partir para uma visão do paciente na medicina preventiva. **(Entrevista 12)**

Pode-se observar que a proposição da remuneração por desempenho encontra aprovação daqueles que aderiram ao programa. Ressaltam, ainda, a importância do cuidado médico ao paciente, priorizada em todas as entrevistas, sendo possível perceber uma nítida aprovação da proposta de remuneração, que é considerada um incentivo para que novas práticas sejam adotadas e que haja o engajamento ao programa.

Adesão ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular

O incentivo financeiro é reconhecido como importante, mas não determinante da inclusão de pacientes no gerenciamento de cuidado. O principal motivo citado para a inclusão dos pacientes nos programas foi a organização do cuidado, a possibilidade de ter organizada uma rede assistencial na qual o paciente possa ser mais bem acompanhado e controlado e o trabalho médico avaliado segundo parâmetros preestabelecidos. Isso pode ser constatado a partir das entrevistas transcritas abaixo:

[...] o incentivo de a gente ter metas a serem atingidas eu acho que isso é muito importante para a gente ver os resultados do próprio trabalho, do trabalho da gente em conjunto com o do paciente. Mas assim, o grande incentivo para mim é realmente estar melhorando enquanto profissional. Lógico que remuneração é importante, mas não é o mais importante para mim, não sou tão apegada, mas lógico que isso é um estímulo. (Entrevista 03)

[...] estar encaminhando o paciente para o núcleo de apoio da Operadora de Plano de Saúde que nos dá muita ajuda em relação à atividade física, orientação alimentar, para que ele possa atingir as metas. Eu sempre trabalhei com esse critério de metas para o paciente e achei interessante poder receber um diferencial por isso, achei isso importante. (Entrevista 11)

[...] Eu coloquei (o paciente no programa) porque entendi que o paciente poderia se beneficiar e acho que o controle seria maior. [...] o que me estimulou mais não foi receber uma remuneração a mais por isso, na minha forma de entender [...] porque o meu objetivo maior é ter o meu paciente controlado. (Entrevista 19)

Pode-se verificar que o grande fator motivador está relacionado à percepção de que o programa auxilia no cuidado adequado dispensado ao paciente e que a questão da remuneração é um coadjuvante na tentativa de melhorar o acompanhamento ao paciente. Pode-se verificar que, em sua grande maioria, as entrevistas apontam para o reconhecimento de que o programa estabelece parâmetros adequados e vai de encontro às necessidades apresentadas, tanto pelos pacientes, quanto pelos profissionais de saúde.

Não adesão ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular

Os médicos que não aderiram ao programa ou que, apesar de aderidos não encaminharam pacientes, têm as seguintes explicações: desconhecimento ou incompreensão das dimensões do programa; burocracia existente para a inscrição de pacientes no programa; recusa do paciente em participar; ausências de pacientes no perfil adequado e ainda a compreensão que o trabalho de prevenção e promoção à saúde deva ser feito pelo próprio médico. Os trechos selecionados a seguir demonstram essas situações e reforçam a necessidade de divulgar o programa tanto para médicos quanto para pacientes de forma a esclarecer as dúvidas e potencializar os benefícios que podem advir do programa:

[...] Eu acho que o que realmente está faltando é eu voltar a ler um pouquinho sobre essa questão do programa, quais são as vantagens, e selecionar os pacientes que vão fazer isso. (Entrevista 10)

[...] Na minha cabeça eu não me incluía no projeto de forma nenhuma e eu realmente não percebi o projeto. Mas eu vejo que tem muito que contribuir profilaticamente [...] (Entrevista 08)

Não (conheço o programa). Nem fui ao treinamento, pra quê? Isso que eu te falo, é muito burocrata. [...] O papel de encaminhar para nutricionista? Eu não vou preencher aquilo não, primeiro que para eu mandar para uma nutricionista eu não preciso preencher aquilo, é profissional de saúde tanto quanto eu. [...] vou preencher anamnese, exame físico, exame complementar, o paciente tem que me consentir. [...] preencher outro para fazer a Educação Física a papelada toda. [...] a minha crítica é a burocracia. (Entrevista 09)

[...] O que acontece é que eu tive poucos pacientes que se enquadraram no perfil que exigia. Toda vez que a gente comentava com o paciente de ir para lá pra fazer o paciente não queria. “O senhor não quer me tratar?” aí eu dizia “Não é que eu não queira te tratar, vai ser melhor, eu vou continuar te acompanhando [...]”. “Doutor eu não vou, ou eu vou e não volto”, desse jeito continua como está. ... Não que eu tenha medo de perder para o programa, é o paciente que não quer. Então eu tentei fazer algumas vezes e dois foram muito incisivos nessa resposta. (Entrevista 17)

[...] Eu acho ótimo, eu não tenho problema nenhum, dou a maior força. Inclusive eu estimulo muito os pacientes a participarem dos programas. Eu, por exemplo, caminho junto com os pacientes na “Caminhada Orientada” [...] eu tenho tempo para me dedicar ao paciente, eu adoro ensinar a parte de alimentação [...] eu não faço a minha medicina para ganhar dinheiro, para ficar rica. [...] O trabalho que eles iam fazer lá eu tomo meu tempo aqui e eu faço. (Entrevista 06)

Além dessas posições expressas acima, tem-se que no PGC, se o paciente possui dois médicos de referência (por ex.: um cardiologista e um endocrinologista) e o encaminhamento para o programa é feito por um deles e mesmo que o cuidado e as metas sejam realizados em conjunto, apenas um dos profissionais será remunerado e há, por parte deles, uma

preocupação em se criar algum tipo de constrangimento, entre os colegas de profissão, referente ao vínculo do paciente e ao recebimento do incentivo.

[...] parece que a endocrinologia encaminha mais que a cardiologia, me parece que eu vi esse dado, teria mais facilidade [...] ele encaminhando inviabiliza o meu encaminhamento e volto a repetir (essa) é melhor a forma de encaminhamento, diminuir a burocracia da ficha [...] (Entrevista 15)

[...] Mas o que eu vejo é isso, eu acho que a cultura do paciente criar esse vínculo, a maioria desses pacientes já tem outro vínculo médico que eles vão, como é que você vai [...] você começa a ficar criando embate com os próprios colegas, fica parecendo que você quer tirar os pacientes deles. O paciente hoje é dividido e se você quiser fazer isso você vai ter que ter o apoio do paciente, e ele acabará criando um vínculo (Entrevista 10)

Pode-se, ainda, identificar, entre os entrevistados que não aderiram ao programa, a presença de algum tipo de restrição ao uso dos incentivos financeiros na remuneração médica. Assim, temos, nas entrevistas selecionadas abaixo, as seguintes posições:

[...] Como médico eu entendo que esse é um trabalho que deve ser rotineiro para qualquer médico, independente da participação de ganho. Eu acho que isso é um trabalho normal, que não haveria absolutamente necessidade de um ganho extra para que se indicasse ou encaminhasse pacientes para o núcleo. (Entrevista 18)

Mas vão dizer que isso atrai (incentivos) [...] A mim não me atraiu. Eu não gosto de ganhar menos, mas também não me atraiu. Eu vou mandar porque ele é bom e não porque eu vou ganhar mais. (Entrevista 09)

[...] Eu acho que o problema de remuneração médica não é um problema do programa de gerenciamento ou de qualquer outro programa. [...] Olha, eu acho que qualquer remuneração a mais pelo seu trabalho é muito bem-vinda, mas assim, na realidade, eu fico muito mais feliz com o aumento de uma CH, que é uma coisa muito mais estável do que com a possibilidade de uma remuneração maior por uma coisa que não depende só de mim também. Porque na realidade depende de uma mudança do paciente nos hábitos de vida, que é basicamente o que o programa se propõe a fazer e é muito difícil. Então não é uma coisa que dependa só de mim. (Entrevista 04)

Percepção do programa na prática clínica e no comportamento dos pacientes

Entre os profissionais que aderiram ao programa houve consenso na melhoria do processo de trabalho e no aumento da produção no consultório gerada pelo acompanhamento dos pacientes no NAS. A divisão de responsabilidades no trabalho multidisciplinar, compreendido como a ação de diferentes profissionais, dentro de sua especificidade, de forma complementar, facilitando e agilizando a organização do cuidado, foi apontada como uma das principais ações do programa.

[...] Eu acho que o que mudou é que me facilita mais. Não tem que falar com o paciente de novo como é que faz para parar de fumar [...] Tem pessoas fazendo isso por mim, eu gasto menos tempo na consulta e o paciente está sendo orientado no dia-a-dia a respeito da atividade física, bons hábitos de vida, vamos dizer assim. Facilita, agiliza a nossa consulta. (Entrevista 21)

[...] Acho que o que mudou ao longo desses anos foi a gente aprender a trabalhar mais em conjunto com a equipe multidisciplinar, de ter essa troca com os próprios colegas médicos e mais até com os psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, a gente vê que a gente não trabalha sozinho. Eu acho que a grande mudança é essa questão de integração de trabalho em conjunto. Isso que eu acho que faz a diferença. (Entrevista 03)

[...] Então eu acho que com o núcleo, com o Programa de Gerenciamento, o trabalho multidisciplinar é o grande facilitador. A partir do momento em que você tem outras especialidades, outros colegas te ajudando a fazer aquilo que você sabe que precisa, a coisa se torna muito mais fácil, [...] eu tenho aonde buscar apoio para isso, coisa que eu não conseguiria sozinha no consultório. (Entrevista 04)

O reconhecimento da importância do trabalho multidisciplinar, descrita acima, associado à importância das ações desenvolvidas de promoção à saúde, permitiu, como visto nas entrevistas seguintes, a clara percepção sobre a evolução dos pacientes que participam do programa, encontrando enfática aprovação dos médicos nas atividades desenvolvidas.

[...] Acho que a minha percepção é a melhor possível. Os pacientes se sentem mais comprometidos com o plano inclusive, eles ficam mais felizes porque o plano está dando um a mais que os outros planos que até então os outros planos que eu conheça não tem. [...] eu acho que ele (o paciente) se sente mais (confiante), acha que as pessoas estão se interessando mais pela doença dele. (Entrevista 21)

[...] eu tenho muito paciente em consultório que eu encaminhei para lá e que eu vejo um resultado muito bom, principalmente, no que eles chamam de “Peso Saudável”. Eles pesam uma vez por semana e aí eu acho muito interessante, eu vejo um resultado em que realmente vale a pena ter um paciente bem monitorado lá. (Entrevista 02)

[...] Eu já tenho dois pacientes que estão fazendo retorno e recebendo essa orientação. Eles gostam muito, sempre. É uma coisa muito boa que tem dado resultado positivo, esse dois que já retornaram deram resultado positivo. (Entrevista 11)

A aprovação do programa deu-se pela capacidade da proposta de oferecer resultados eficazes no cuidado dos pacientes reforçando o trabalho médico e dividindo responsabilidade com uma equipe multiprofissional que responde a necessidade do médico e do paciente. A questão da remuneração, apesar de ser importante, fica em segundo plano e, dessa forma, pode-se afirmar que há um comprometimento com o bem-estar dos pacientes e que o pagamento por *performance* serve como um elemento de reconhecimento dos esforços realizados, nesse sentido, pela direção da operadora de saúde.

Discussão

Este estudo buscou compreender a percepção dos médicos assistentes sobre o uso de incentivos financeiros na indução de mudanças no cuidado de pacientes crônicos. A literatura tem poucos artigos sobre esse tema. Na revisão bibliográfica produzida por Greene e Nash¹¹ (2009), com foco em diversas áreas do pagamento por desempenho, foram encontrados vinte artigos sobre a “Análise de Percepções”, desses apenas quatro estavam ligados à percepção dos médicos voltados para o cuidado de doenças crônicas. Esses autores concluem que os prestadores de serviços médico-hospitalares ainda não têm total conhecimento sobre o uso do pagamento por desempenho e é necessário maior e melhor divulgação sobre o programa para permitir sua implementação. Nessa pesquisa, tal realidade também foi encontrada entre os entrevistados que não aderiram ao programa de gerenciamento cardiovascular. O desconhecimento do programa foi o principal argumento para a não adesão.

Os modelos de gerenciamento de doenças crônicas incentivam o cuidado integral do paciente com trabalho multidisciplinar, a satisfação do paciente e do médico e a redução dos custos associados às complicações evitáveis. O uso de pagamento por desempenho visa fomentar a colaboração voltada para resultados e oferecer uma ponte de um modelo de cuidado em saúde fragmentado para um mais integral. Dessa forma, os incentivos são usados nos programas para gerar tal mudança no comportamento. Entretanto algumas teorias tomadas de empréstimo tanto da economia quanto das ciências da administração nos dão conta das circunstâncias em que os indivíduos estão dispostos a cooperar na realização de metas e obtenção de resultados. O uso de incentivo, monetário ou não, ainda hoje, é um tema polêmico existindo na literatura distintos posicionamentos quanto a sua efetividade.⁴

Na abordagem baseada na teoria econômica¹², o modelo agente principal é útil para analisar circunstâncias que envolvem o uso de incentivo como uma maneira de induzir os prestadores a melhorar a qualidade da assistência em saúde. No caso dos cuidados médicos, incentivo econômico é um dos muitos fatores que influenciam a padrões de prática. Outras considerações incluem ética profissional, formação, experiência e a natureza das relações entre os prestadores e os financiadores. Os incentivos, quando utilizados, podem tornar os *agentes* (os médicos) mais receptivos às necessidades do *principal* (operadora de saúde).

Já Chiavenato¹³ (2003) trata o assunto incentivo nas diversas linhas da teoria geral da administração principalmente relacionada à motivação. Desde o início da administração científica por Taylor, baseada na concepção do *homo economicus*, segundo a qual o comportamento do homem é motivado exclusivamente pela busca do dinheiro e pelas

recompensas, passando por diversas “escolas” até aos contemporâneos autores da Qualidade Total, tem-se buscado entender a relação entre o uso de incentivos financeiros e o desempenho.

Entretanto nenhuma das teorias apontadas anteriormente explica, em sua totalidade, os resultados encontrados, considerando que as entrevistas sugerem que os incentivos financeiros, apesar de relevantes para grande parte dos profissionais, não foi o principal motivador da inserção de pacientes no PGC, mas sim, a possibilidade de organização do cuidado e do trabalho multidisciplinar na co-responsabilização com outros profissionais pela condução do paciente e pela incorporação de ações de promoção e prevenção em saúde que antes não era exercida com a devida profundidade.

Nessa linha, Marshall e Harrison¹⁴ (2005) encontraram exemplos que indicam que algo além do ganho financeiro impulsiona o comportamento profissional. Na tentativa de explicar essa evidência, a atenção dos autores centrou-se em diversas variáveis, tais como, a idade e sexo dos médicos; sua experiência anterior de incentivos e métodos de pagamento; o tipo e gravidade da condição clínica nas quais os incentivos são utilizados; o volume de atividade e o local e o tipo de prática. Todos esses fatores parecem ser importantes, mas juntos não foram suficientes para explicar as variações observadas por esses autores. Para eles, uma explicação mais convincente talvez resida na relação entre incentivos explícitos, tais como, recompensa material e a motivação "moral" interna dos profissionais de saúde.

De acordo com as entrevistas realizadas neste trabalho, nenhum dos médicos sentiu-se pressionado a aderir ao programa e/ou para produzir mudança em sua rotina clínica, embora realcem satisfação com o PGC. As afirmações são que as atividades multiprofissionais não somente fomentaram uma maior qualidade dos cuidados, como também permitiram aumentar a produção de consultas, produzindo um ganho extra, diretamente relacionada à adesão ao PGC. Ao dividir a responsabilidade sobre o paciente com outros profissionais nas atividades como orientação nutricional, estímulo ao exercício físico e à cessação do tabagismo, a consulta tornou-se mais objetiva e com melhor aproveitamento do tempo.

Os mesmos resultados foram encontrados Whalley et al¹⁵ (2008) que realizou uma pesquisa com os generalistas ingleses sobre a satisfação no trabalho, horas trabalhadas, rendimento e efeito de pagamento por *performance*, comparando dois momentos, em 2004 (antes da execução de PPP) e em 2005 (após a implementação de PPP). Os autores encontraram maior satisfação no trabalho, associados à diminuição de horas trabalhadas e aumento dos rendimentos. Além disso, entrevistados relataram uma diminuição de autonomia

e de um aumento na carga de trabalho administrativo e clínico. Em geral, o estudo concluiu que, apesar dessas questões, os médicos têm uma percepção mais positiva sobre o efeito do PPP seguido à implantação do programa. Essa mesma impressão pode ser encontrada nas entrevistas com os médicos do PGC, há uma percepção de que o trabalho multiprofissional pode trazer ganhos aos pacientes e aos próprios médicos, mas ele exige um esforço burocrático maior e um maior controle sobre as ações do médico, podendo de certa forma refletir-se como perda de autonomia.

Tem-se, contudo, que os profissionais entrevistados não excluem o fator econômico de suas razões para agir dentro do programa, mas buscam resguardar sua capacidade de interferir nos resultados apresentados pelos seus pacientes. Demonstram, com isso, que suas ações estão motivadas mais por um senso de responsabilidade profissional, que norteia sua capacidade de ser efetivo na condução do tratamento ofertado ao paciente, do que na busca de auferir maiores ganhos financeiros.

Nas entrevistas também pode ser percebida a preocupação de alguns dos médicos com a utilização de incentivos financeiros para realizar as atividades que já deveriam ser da prática cotidiana. A mesma percepção foi encontrada por Beckman et al¹⁶ (2006), nos grupos focais realizados no período de um e dois anos após a implantação de um programa de pagamento por *performance*. Foram feitas várias avaliações sobre o funcionamento do programa e a consistência dos indicadores utilizados no controle. Uma constatação digna de nota parece ser a percepção dos médicos de que a utilização de incentivos financeiros é incompatível com o sentido de profissionalismo deles e há potencial dos programas de pagamento por desempenho em retirar deles a autonomia na condução de seus pacientes. Preocupações com a utilização de incentivos financeiros como base para alterar o comportamento também foram levantadas por esse autor, as quais também aparecem nas entrevistas realizadas entre os médicos do programa de gerenciamento cardiovascular, objeto dessa pesquisa.

Campbell et al¹⁷ (2008), em um estudo baseado em entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros no Reino Unido, encontrou resultados menos promissores que os estudos de Whalley et al¹⁵ (2008). O programa desenvolvido teve o efeito pretendido de melhorar os cuidados de doenças específicas ao atingir determinados objetivos e aumentar os rendimentos do médico. No entanto esse estudo encontrou vários efeitos indesejáveis do programa e os autores concluem que o sistema PPP "mudou a dinâmica entre médicos e enfermeiros e a natureza da consulta médico-paciente" ao criar duas agendas separadas entre a necessidade do paciente e as demandas do programa, houve uma diminuição da continuidade

dos cuidados entre médicos e os pacientes, o crescente ressentimento entre aqueles que não receberam as recompensas, entre outros efeitos.

Parte dessa situação também foi encontrada nas entrevistas entre os médicos que aderiram ao PGC, quando relatam os efeitos da burocracia existente no programa e as dificuldades do encaminhamento dos pacientes.

As entrevistas, realizadas neste trabalho, mostram a preocupação dos médicos com a qualidade dos cuidados, e uma margem permeável aos incentivos econômicos, em parte, considerada como reconhecimento e como estímulo à melhoria dos resultados ligados às medidas de satisfação dos profissionais e da qualidade global da prestação de serviços da organização. Tais resultados demonstram, portanto, que, apesar de o incentivo pago ainda ser pequeno e pouco perceptível, ele pode, simultaneamente, favorecer a contenção dos custos da organização com a manutenção da saúde dos seus pacientes e o aumento da qualidade do cuidado.

Assim como na literatura, também podem ser vistas nas entrevistas a ausência da conexão entre o pagamento recebido e o alcance das metas. Teleki et al¹⁸ (2006), em um estudo conduzido na Califórnia, buscou, entre outras variáveis, a opinião dos médicos sobre o incentivo anual e a disponibilização de indicadores de desempenho confidenciais que incluíam as comparações com outros médicos. Dos médicos entrevistados, 84% relataram que acham incentivos financeiros de qualidade uma boa maneira de motivar a mudança de comportamento. Apesar de 75% dos médicos no programa terem recebido pagamentos de incentivos, poucos desses entrevistados estavam cientes do recebimento de tais prêmios e não fizeram a conexão desses pagamentos com o seu desempenho.

Estudos como o de Nicholson et al¹⁹ (2008) concluem que os programas de PPP devem ser estruturados diferentemente, conforme a disponibilidade de informação. Quando a informação sobre a saúde dos pacientes e a função de produção de saúde está incompleta, como acontecem atualmente, os programas de pagamentos por desempenho devem ser mantidos pequenos, basear-se em resultados, em vez de centrados nos processos, e devem visar às práticas médicas.

Com a melhora das informações, os pagamentos de incentivos podem ser aumentados e tornarem-se mais poderosos. Ainda segundo Nicholson et al¹⁹ (2008), hoje em dia, a maioria dos programas de PPP desenvolvidos possui pagamentos de incentivos de pequeno porte, alocando somente de 2 a 4 % dos pagamentos, o que não torna o comportamento dos médicos mais susceptível a mudanças.

Essa estratégia vem sendo aplicada no desenvolvimento do PGC considerando a fase inicial de implantação e pode-se verificar, a partir das entrevistas, que há uma percepção de que o programa se preocupa com o paciente e sua condução, mas, também, em reconhecer o trabalho realizado pelo médico. A existência de um estímulo explícito acabou gerando motivação para inclusão de pacientes no programa demonstrando que, aliado a um componente profissional, o incentivo financeiro pode atuar como elemento aglutinador facilitando a capacidade dos indivíduos em reconhecer os benefícios possíveis de serem atingidos pelo programa.

Contudo cabe ressaltar que este estudo apresenta como limitação a curta duração do programa de gerenciamento de pacientes crônicos e o baixo número de médicos que receberam o incentivo até o momento das entrevistas.

Conclusão

A estratégia de utilizar incentivos financeiros no pagamento por desempenho dos médicos no programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares visa estimular a adesão à proposta e gerar uma mudança no modelo assistencial. O programa de gerenciamento cardiovascular tem potencial de transformação do cuidado em saúde ao ser centrado no paciente, na perspectiva da construção de sua autonomia, na busca de melhoria dos resultados em saúde e do trabalho integrado com os demais profissionais de saúde.²⁰

Assim, observou-se que os entrevistados foram enfáticos em reconhecer que a presença de um incentivo financeiro pode ser “um a mais” na condução e indicação dos pacientes ao programa. Entretanto os médicos julgam que utilizar os indicadores para avaliar o cuidado dispensado aos clientes parece estimular, de modo positivo, ainda mais a satisfação profissional e a qualidade da prestação de serviço e, dessa forma, mostra, simultaneamente, que a utilização de incentivos pode favorecer, em longo prazo, a contenção de despesas da organização na manutenção da saúde de seus pacientes e promover o aumento da qualidade do cuidado, principalmente, se houver um alinhamento de incentivos explícitos com valores profissionais.

A transcrição abaixo reflete esse desejo dos médicos:

[...] Seria o ideal de todo médico, você receber pela saúde do seu paciente e não pela doença. O ideal seria isso, nós praticaríamos a saúde e não a doença. [...] É importante (o incentivo), mas como é uma coisa nova não é tão impactante ainda. Esperamos que seja para gente sair dessa guerra de volume, de ter que atender muita gente para ter um salário digno no final do mês.(Entrevista 21)

O trabalho multidisciplinar e o melhor aproveitamento do atendimento no consultório foram os principais efeitos positivos identificados. Algumas reclamações da burocracia envolvida no processo de autorização e inclusão de pacientes não geraram resistência ou perda de motivação para participação no programa entre a maioria dos médicos. As mudanças no cuidado associadas ao programa de gerenciamento cardiovascular incluindo o uso de incentivo explícito têm potencial de modificar a forma como os médicos encaminham seus pacientes. Entretanto as consequências em longo prazo dessas mudanças são difíceis de prever, são necessários outros estudos para observar a evolução e os efeitos do pagamento por desempenho.

Referências bibliográficas

1. O'Donnell CJ, Elosua R Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study *Rev Esp Cardiol*. 2008 Mar;61(3):299-310.
2. Souza e Silva, NA. Saúde cardiovascular na era tecnológica. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* [periódico na Internet]. 2004 Dez [citado 2009 Mar 21]; 83(6): 453-455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001800001&lng=pt. doi: 10.1590/S0066-782X2004001800001.
3. Crawley D, Ng A, Mainous AG, Majeed A, Millett C. Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England *J R Soc Med*; 2009 Mar, 102(3):103-7.
4. Fekete, MC e Almeida MJ de. Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde. On line Available from: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v2n1/SITS.htm> access on 31 jan. 2010
5. Leapfroggroup - Provider Pay-for-Performance Incentive Programs: 2006-2007 National Study Results, 2007. On line Available from: http://www.healthforlifeamerica.net/healthforlife/filesfordownload/071204_H4L_HighestQualityCare.pdf
6. Gellad WF, Detsky AS and Choudhry NK. Implications of recent clinical trials on pay for performance *Am J Health-Syst Pharm*. 2009; 66:864-7
7. Quality and Outcomes Framework -QOF. Bulletin IC 2007 13, Page 1 Copyright © 2007, The Information Centre, Prescribing Support Unit. <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2006-07/QOF%20200607%20Statistical%20Bulletin.pdf> access on 29 de ago. 2009.
8. BRASIL - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.
9. Abrão, N. Remuneração diferenciada para cooperados em medicina preventiva. Seminário Nacional Unimed de Medicina Preventiva, Rio de Janeiro - 2009.
10. Fontanella BJB, Ricas J and Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.1

[cited 2010-02-17], pp. 17-27. Available from:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.

11. Greene SE and Nash DB Pay for Performance: An Overview of the Literature *American Journal of Medical Quality* 2009; 24; 140 originally published online Nov 4, 2008; DOI: 10.1177/1062860608326517
12. Santana, EA de. Contrato satisfatório multidimensional e a teoria do incentivo. Rev. Bras. Econ., Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, Oct. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402002000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em 31 Jan. 2010. doi: 10.1590/S0034-71402002000400005
13. Chiavenato, I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. - 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003
14. Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation *Qual Saf Health Care* 2005;14:4-5. doi: 10.1136/qshc.2004.013193
15. Whalley D, Gravelle H, Sibbald B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):8-14.
16. Beckman H, Suchman AL, Curtin K, Greene RA. Physician reactions to quantitative individual performance reports. *Am J Med Qual.* 2006; 21(3):192-199.
17. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med.* 2008;6(3):228-234
18. Teleki SS, Damberg CL, Pham C, Berry SH. Will Financial Incentives Stimulate Quality Improvement? Reactions From Frontline Physicians *American Journal of Medical Quality* 2006; 21; 367 DOI: 10.1177/1062860606293602
19. Nicholson S, Pauly MV, Wu A.Y.J, Murray J F, Teutsch SM, and Berger ML. Getting Real Performance Out of Pay-for-Performance. *The Milbank Quarterly*, 2008;86(3):435-457 .
20. Chaves, SR Estado da arte do gerenciamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais in Campos, EF (org.) Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Ed. Federação Minas, Belo Horizonte, 2008.

5. Considerações Finais

O Sistema Unimed está organizado em cooperativas de diferentes graus¹:

- cooperativas de primeiro grau denominadas singulares, às quais os médicos são filiados, com áreas de atuação em um ou mais municípios sendo autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo;
- cooperativas de segundo grau ou federações que, dependendo de sua área de ação, podem ser intrafederativas ou podem ser estaduais também chamadas interfederativas, e tem como objeto a representação das singulares e assessoria a elas e
- cooperativas de terceiro grau, constituídas por uma confederação de âmbito nacional, denominada UNIMED do Brasil.

Não existe, formal ou informalmente, um sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus. As singulares relacionam entre si por um instrumento de intercâmbio que é normatizado pela Unimed do Brasil.

Como apresentado anteriormente, no sistema cooperativo os médicos são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviço e, em sua maioria, os cooperados recebem o pagamento baseado na produção de serviços realizada (por tipo e quantidade de procedimento) e, como a remuneração é fruto direto da produção médica na prática, há o incentivo para uma maior produção de serviços pelos médicos levando ao aumento das despesas assistenciais sem, contudo, gerar necessariamente melhoria na qualidade de vida dos beneficiários.

Segundo o site da Unimed do Brasil², os principais números que denotam o porte e a importância do Sistema Unimed no cenário da saúde suplementar do país são:

- possui 34% de participação (Pesquisa Datafolha 2009) no mercado nacional de planos de saúde (atende 15,7 milhões de clientes); atendendo ainda a mais de 73 mil empresas contratantes;
- são 377 cooperativas com abrangência em 83% do território nacional - 4.623 municípios; contando com mais de 107 mil médicos cooperados;
- a soma do conjunto das cooperativas faturou de R\$ 21 bilhões (2008);
- possui 100 hospitais próprios (3.286 leitos próprios) e 3.244 hospitais contratados (327 mil leitos);

- possui 89 pronto-atendimentos próprios, 54 laboratórios próprios e 456 ambulâncias próprias; além de relacionar-se com mais de 20 mil prestadores de serviços na área médica credenciados;
- realiza mais de 69 milhões de consultas/ano; 2 milhões internações/ano; e 138 milhões de exames complementares/ano; representando em média 5,33 consultas/usuários/ano; 10,66 exames complementares por usuário/ano e 11 mil leitos ocupados permanentemente.

Apesar da grande produção de serviços, nenhuma informação é fornecida sobre o impacto dessas ações que permanecem fragmentadas.

Segundo Bahia³ (2001), o surgimento das Unimeds se deu como uma alternativa heterodoxa, para preservar a prática nos consultórios médicos. Na assistência aos clientes, todos os cooperados eram disponibilizados para o atendimento dos convênios. As empresas médicas organizaram suas redes assistenciais próprias, à semelhança daquela existente na Previdência Social que, por ser o maior comprador de serviços de saúde, era capaz de determinar a conformação do mercado. Dessa forma as empresas médicas tornaram-se compradoras de serviços, através dos credenciamentos de profissionais, laboratórios e hospitais.

Segundo Malta⁴ (2004), um modelo assistencial consiste na organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, articulando recursos físicos tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. No caso das Unimeds, esse modelo é predominantemente baseado na demanda espontânea e em intervenções pontuais e curativas, sendo o cuidado fragmentado e cada vez menos integral. Não há hoje dentro do sistema Unimed problemas de acesso aos diversos níveis de complexidade e assistência, entretanto a resolatividade dessas ações é desconhecida.

A mudança do modelo médico hegemônico para produzir uma intervenção competente, articulada, cuidadora e, portanto, eficiente é um desafio colocado hoje para a saúde suplementar e em especial para o Sistema Unimed. A proposta de organização de um modelo de gerenciamento de pacientes crônicos, no caso específico das doenças cardiovasculares, é uma tentativa de aproximação com essa mudança. Visa gerar valor em saúde.⁵

O sistema de saúde deve ser capaz de captar e entender as necessidades de saúde e necessidades pessoais relacionadas ao atendimento dos clientes, especificar os serviços que as

atendam e entregá-los na prestação direta que caracteriza os serviços de saúde. Essa prestação do cuidado é qualquer instante em que o cliente entra em contato com o serviço, por iniciativa própria ou do sistema de atenção, e deve ser captado para uma ação cuidadora.

Buscar a mudança do paradigma, de uma assistência pontual a partir da demanda espontânea para incorporar a necessidade do paciente em uma ação multidisciplinar, é o que pretende o programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares. Usar o pagamento por desempenho é uma estratégia que visa ampliar o interesse pelo programa. Essa estratégia precisa ser acompanhada e avaliada, pois, aparentemente, possui a capacidade de contribuir nessa construção sem, entretanto, ser um fim em si mesma. Cabe, portanto, à operadora de saúde tornar-se gestora da saúde dos seus beneficiários⁵, ou seja, estabelecer ações cuidadoras, implicando não só a promoção, mas também a garantia do acesso e da qualidade da assistência ofertada.

Referências bibliográficas

1. Duarte, C M R - UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4): 999-1008 jul-ago, 2001.
2. Unimed do Brasil - disponível em http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49112 acessado em 20 de fevereiro de 2010.
3. Bahia, L. **Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 329-339. ISSN 1413-8123.
4. Malta, D C Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras in Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004 – Série B. Textos básicos de Saúde – MS – Regulação e saúde; v3.
5. Campos, E.F.(org.) A cadeia de valor em saúde: Uma proposta de reorganização da Atenção na Saúde Suplementar. Coleção Desenvolvimento da Saúde vol. 02 Ed. Federação Minas, Belo Horizonte, 2009.

6. Apêndice

Projeto de pesquisa

Cármem Lúcia Soares Gomes

**REMUNERAÇÃO MÉDICA: USO DE INCENTIVOS FINANCEIROS
EXPLÍCITOS COMO INDUTOR DA MUDANÇA DO CUIDADO NA SAÚDE
SUPLEMENTAR**

(Projeto de Pesquisa)

Belo Horizonte - 2009

Cármem Lúcia Soares Gomes

**REMUNERAÇÃO MÉDICA: USO DE INCENTIVOS FINANCEIROS
EXPLÍCITOS COMO INDUTOR DA MUDANÇA DO CUIDADO EM SAÚDE**

Projeto de pesquisa apresentado à Banca de Qualificação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas de Saúde
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte - 2009

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	53
2. REVISÃO DE LITERATURA	55
2.1 - REMUNERAÇÃO MÉDICA: CONCEITO E RELEVÂNCIA	55
2.2 - TEORIA DA AGÊNCIA.....	61
2.3 – USO DE INCENTIVOS EXPLÍCITOS NA REMUNERAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.	62
2.4 - SITUAÇÃO EM PAÍSES SELECIONADOS EM RELAÇÃO À ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE, A REMUNERAÇÃO MÉDICA E AO USO DE INCENTIVOS FINANCEIROS RELACIONADOS AO DESEMPENHO.	69
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	79
3.1 - A SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSIDERAÇÕES GERAIS	79
3.2 - AS COOPERATIVAS MÉDICAS	82
3.3 - A UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS EXPLÍCITOS EM UM PROGRAMA GERENCIAMENTO DE DOENÇAS - O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.	84
4.1 - OBJETIVO GERAL	87
4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1287
5. METODOLOGIA	99
5.1- PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS.....	87
5.2 - PROCEDIMENTOS	88
5.3 - TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS:.....	89
5.4 - ANÁLISE DOS DADOS	101
7. VIABILIDADE DO PROJETO	91
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
9. APÊNDICES.....	94
APÊNDICE 1 - MODELO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – MÉDICO HABILITADO	95
APÊNDICE 2 - MODELO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – MÉDICO NÃO HABILITADO	96
APÊNDICE 3 – MODELO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1- INTRODUÇÃO

Buscar o equilíbrio entre a adequada utilização dos recursos financeiros (racionalização) e a qualidade da prestação de serviços em saúde tem sido um desafio nos sistemas de saúde públicos ou privados e depende, em grande parte, de como esses serviços são remunerados, de como estão contratados e, finalmente, da forma como estão organizados em um modelo assistencial.

A utilização desnecessária de procedimentos para aumentar a receita no caso de pagamento por produção e a baixa produtividade no caso da remuneração por salário são preocupações constantes, que exigem um maior esforço na gestão dos recursos.¹ A inflação nos serviços médicos, especialmente a partir da década de 70, tornou-se maior que a inflação geral e coloca a questão do controle de gastos e custos em pauta. Percebe-se, então, que a maior parte das estratégias de controle de gastos e custos utilizadas pelos sistemas de saúde, público e privados, recaem sobre as ações e sobre a remuneração do médico.¹

Um sistema de pagamento ou remuneração é intermediado por um contrato entre as partes, formado por um conjunto de princípios, critérios e procedimentos que são utilizados articuladamente pela gestão organizacional para pagamento do trabalho e comportando formas variáveis, buscando sempre maximizar os resultados dos serviços e levar a um comportamento eficiente da organização.²

Diversas formas de pagamento pela prestação de serviços de saúde, em especial aos médicos, coexistem hoje no Brasil e no mundo e estão se tornando cada vez mais complexas³, refletindo os interesses e estratégias dos diversos setores envolvidos na assistência à saúde. Entre as várias formas de remuneração que são conhecidas, o pagamento por ato médico ou profissional (*fee for service*) e assalariamento são os mais difundidos e tradicionais na prática da categoria médica. Com o crescimento dos custos na prestação de serviço médico hospitalar, novas formas de remuneração têm sido objeto de discussões.

Cada vez mais, há, nessa questão, a interveniência de entidades médicas, da ação regulamentadora do Estado, das operadoras de planos de saúde na busca de gerar mecanismos de controle de custos integrados a mecanismos de garantia de qualidade da atenção à saúde e da integralidade do cuidado prestado.

A utilização de incentivos em contratos de prestação de serviço, nos quais há uma relação baseada em informações assimétricas, é uma alternativa para induzir o cumprimento de determinados objetivos de indivíduos ou de entidades, ou seja, contribuir para a adoção de

um determinado comportamento desejado.^{4,5} Lembrando que assimetria de informação⁴ é a distribuição desigual de informações disponíveis entre prestadores e usuários de um bem ou serviço de saúde. Geralmente, um desses *agentes* detém mais informações sobre determinadas características do bem ou do serviço saúde.

No caso da saúde pode ser um encorajamento à utilização de um cuidado custo-efetivo ou o alcance de critérios de qualidade alterando a prática clínica. Esses incentivos podem ser do tipo monetário ou não-monetário.

Nessa situação escolher entre cooperar ou competir pode levar à conciliação dos interesses ou ao conflito entre regulador/comprador e regulador/prestador.^{6,7} Os incentivos devem ser utilizados para contrabalançar o conflito de interesse que surge entre a necessidade do comprador e a sua realização pelo prestador ou para prevenir a possibilidade de distorções nessa relação.

Segundo Munck⁶ (2002), na teoria dos contratos, especialmente quando se está focalizando os contratos com assimetria de informações, a abordagem de incentivos deve considerar três situações distintas:

- que o comprador, em geral, não tem as melhores condições para medir as ações dos prestadores;
- que, em determinados casos, em uma fase pré-contrato, o prestador pode ter informações estratégicas sobre as quais o comprador não tem qualquer controle ou conhecimento; e
- que há situações em que o prestador pode reclamar um resultado melhor do que o especificado pelo comprador e a verificação disso teria um custo (chamado de custo de verificação).

A teoria de Agência também analisa a relação contratual entre o comprador (chamado de *principal*) e o prestador (chamado de *agente*) na presença de assimetria de informação. Segundo essa teoria, não existe um contrato perfeito, mas pode se chegar em um acordo mais adequado, se houver a utilização de incentivos, tornando o contrato a melhor opção para atenuar os conflitos de interesse e conciliar a busca de resultados.⁷

Algumas referências na literatura citadas por Santana⁸ (2002) destacam a relação direta entre incentivo e desempenho e chamam atenção para o que pode ser considerada uma fragilidade no uso desses mecanismos: orientar as ações na direção dos interesses do regulador em detrimento de outra que pode ser igualmente importante.

Ao pensar no pagamento feito aos prestadores, sejam eles médicos ou serviços de saúde, deve-se levar em consideração que para todas as formas de pagamento existem ganhos (monetários ou não) associados, que podem ser tratados como incentivos e que precisam ser lembrados na elaboração de uma política de remuneração.

O sistema de saúde, entretanto, não é apenas um sistema de produção de bens materiais, mas, fundamentalmente, um sistema que deve gerar valor ao cliente. Com relação ao pagamento, pode-se admitir que

“... os modelos de pagamento são, talvez, os incentivos mais poderosos com que contam os gestores de saúde... Através da manipulação dos instrumentos de pagamento os gestores podem incentivar condutas dos prestadores... que alterem: a produtividade e qualidade das prestações, a composição e distribuição da oferta de serviços, a previsibilidade e controle dos custos globais da atenção médica, as formas de vinculação entre médico e paciente e dos profissionais entre si, o registro de informação, etc... Cada modelo tem virtudes e defeitos e estes variam segundo o contexto em que é utilizado...” (TOBAR, F. et al, 1997).⁹

Esse projeto mostrará as diferentes formas de pagamento aos serviços de saúde prestados pela categoria médica, os incentivos intrínsecos contidos em cada uma delas e focará a experiência de pagamento por desempenho desenvolvido por uma cooperativa de trabalho médico (Unimed – Juiz de Fora) e o resultado percebido pelos médicos sobre o seu trabalho no atendimento ao paciente portador de doenças e/ou agravos cardiovasculares na busca da garantia do acesso e da atenção integral ao cliente. Esse processo de investigação será realizado a partir da perspectiva do médico participante sobre o processo em curso.

A demanda do estudo partiu da inquietação gerada pela inexistência de uma forma de remuneração do trabalho médico que seja adequada e que garanta a qualidade da assistência dentro de uma realidade financeira possível.

Dessa forma, visa a analisar a percepção dos médicos de como a utilização dos incentivos financeiros influenciou no seu comportamento no programa de controle das doenças cardiovasculares em uma cooperativa de trabalho. Assim buscamos apresentar de que forma o pagamento utilizado para a remuneração dos serviços de saúde influenciou os resultados obtidos em relação ao acesso e atenção prestada ao cliente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - Remuneração Médica: conceito e relevância

Considerando as formas de pagamento da prestação de serviços de saúde, existem duas maneiras de classificá-las. A primeira delas é proposta pela OIT – Organização Internacional do Trabalho, que separa em dois os sistemas de remuneração existentes.^{2,3}

A remuneração por tempo: calculada considerando o período em que o trabalhador ficou à disposição do seu empregador. A remuneração independe do volume de produção de serviços, mas é ajustada à jornada de trabalho, geralmente é fixada de acordo com a qualificação do profissional, com a complexidade da atividade desenvolvida, com a experiência profissional e com o mercado. O principal exemplo é o sistema assalariado.

A remuneração por resultados, produtos ou serviços, descrita como pagamento por produção ou captação, varia conforme a quantidade e qualidade de serviços produzidos, sendo o pagamento efetuado no final da tarefa.

A segunda maneira de classificar os modos de remuneração ou pagamento^{1,6} é separando quanto ao momento em que ocorre o pagamento:

- pós-pagamento ou pagamento retrospectivo: o pagamento ocorre após a produção efetiva do serviço;
- pré-pagamento ou pagamento prospectivo: o pagamento é prévio independente da produção, por variados critérios, em geral, populacionais;
- esquemas mistos: em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas, para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

Para descrever as formas de pagamento, utilizaremos como guia a segunda classificação, que está mais adequada ao objeto deste estudo, e vamos nos ater ao objetivo da pesquisa: remuneração médica e suas implicações no trabalho médico.

Entre os financiadores e os prestadores existem relações contratuais mediadas por diversas formas de remuneração. Cada uma apresenta especificidades que serão apresentadas como os principais métodos utilizados em pré e pós-pagamento e, também, as formas mistas. Estas, hoje, inclusive, são mais frequentemente encontradas do que as formas puras.⁹

Pagamento aos Profissionais de Saúde

As corporações profissionais, em especial, médicas, historicamente autorregulavam preços e a qualidade da assistência prestada, através dos Códigos de Ética. O processo de trabalho era quase artesanal e predominava a forma liberal de organização do mercado, com vínculos contratuais frouxos entre o profissional e quem o remunerava. A existência de formas assalariadas nos serviços de saúde é mais recente e ocorreram no bojo das transformações mercadológicas, tecnológicas e de financiamento alcançadas no curso do último século, em um processo de assalariamento que atingiu a todas as categorias profissionais indistintamente.

Pós-pagamento

O pagamento ocorre após a realização da prestação de serviço, ou seja, após a produção do serviço. A modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*). Essa modalidade é a forma mais utilizada entre clientes particulares que pagam aos seus médicos diretamente no momento do atendimento, sendo o honorário, nessa situação, estipulado pelo profissional de saúde, sem interveniência de terceiros. Os médicos recebem em função do número e do tipo de serviço prestado ao paciente.

A variação nos valores dos honorários, na prática privada, é cada dia menos comum e ocorre em sua grande maioria baseada no tempo de formado, na experiência profissional, no reconhecimento de mercado do profissional e nos custos de manter a clínica considerando consultório, impostos, entre outras despesas. Tudo isso traduz, em parte, a competição do mercado em serviços de saúde, ou seja, o excesso de oferta ou escassez de determinado serviço gera competição por preço podendo gerar sua diminuição ou aumento respectivamente, assim como a diferenciação da qualidade da assistência percebida pelo paciente.

O pagamento por produção de serviços é também a forma mais usada no pagamento realizado aos profissionais que atuam para as operadoras de planos ou seguros de saúde, baseado em tabela de valores de atos, serviços e procedimentos (*fee-schedule*)². A grande maioria dos pagamentos realizados aos médicos nessa modalidade segue a referência das tabelas de associações médicas. As negociações de tabelas de remuneração para a compra de serviços profissionais procuram atender tanto ao interesse do comprador, em limitar custos, como ao dos médicos, para a definição de um piso de pagamento, em um claro movimento de autodefesa profissional.

As tabelas são organizadas a partir da capacidade de negociação de uma determinada categoria profissional e envolve também o tempo despendido no atendimento, número de auxiliares necessários, uso de equipamentos ou tecnologias que podem mudar ao longo do tempo.

Outro ponto a ser considerado nesse tipo de remuneração refere-se ao estímulo à prestação de serviço por parte do profissional de saúde.¹⁰ Pela teoria dos incentivos, nessa forma de remuneração, há a tendência de produção excessiva seja pelo aumento de horas disponibilizadas, seja pela indução desnecessária de serviços, pois a renda do profissional está diretamente relacionada ao volume de atos realizados.

Assim, na ausência de restrição ética ou moral e de regulação externa, haveria a tendência a se produzir mais serviços que o necessário, pela influência dos prestadores sobre os usuários para criar demanda para seus produtos ou serviços.² O risco maior para o paciente é que o médico pode prescrever o tratamento e intervenções excessivas.

Esse tipo de sistema de pagamento leva com frequência à deterioração da qualidade dos serviços e a um aumento dos gastos administrativos necessários a um adequado sistema de controle, avaliação e auditoria. Nesse tipo de sistema, pouca relação tem sido encontrada entre o grau de utilização de serviços de alta tecnologia e melhoria do estado de saúde de uma população.¹¹

Uma proposta para modificar o método de pagamento por procedimento de serviços de saúde vem sendo feita para algumas áreas de atuação através do pagamento retrospectivo, por diagnóstico ou por pacote de serviços (OMS, 1993).¹² Ou seja, é realizado o pagamento global por caso ou grupo de caso tratado, gerando, em teoria, um estímulo para o uso mais criterioso de recursos dentro do pacote de tratamento, pago em termos médios. Busca maximizar a diferença entre os ganhos e os custos ao manter baixos os itens formadores de custos dos serviços, com a consequência potencial de diminuir a qualidade dos mesmos.¹⁰ O cálculo do valor a ser pago depende do trabalho necessário ao atendimento da patologia, dos custos de atendimento de cada caso incluindo capacitações e os riscos envolvidos no serviço prestado.¹

Entretanto, nesse tipo de remuneração, pode ocorrer a redução no número de visitas ou consultas objetivando maior lucro pela redução das despesas, bem como a seleção adversa de pacientes, nos casos em que os custos sempre serão menores que a receita. Os problemas decorrentes referem-se à seleção e recusa de casos com custos prováveis acima dessa média:

ou seja, com riscos ou condições associadas que aumentam a utilização de recursos. Tal situação pode gerar limitações ao acesso de pacientes com diagnósticos ou tratamentos mais complexos.

Do ponto de vista da administração, há um custo relativamente alto na manutenção das informações e o maior desafio é a preparação das diferentes categorias de diagnóstico.¹⁰ O quadro I apresentado abaixo resume as principais características do pós-pagamento e seus efeitos sobre a prestação de serviço.

Quadro I Resumo – Pós-pagamento ou pagamento retrospectivo

Forma de pagamento	Incentivo associado à forma de remuneração	Impacto sobre as organizações de saúde	Propostas de ajustes	Riscos envolvidos para os médicos
Honorário por produção de serviço (<i>fee-for-service e fee-schedule</i>)	• Indução de produção pode ocorrer quando a demanda está baixa ou na presença de um grande número de médicos no mesmo serviço gerando competição e redução da renda; • Concentração de produção nos serviços mais rentáveis.	• Prestador pode gerar mais demanda de serviços para os pacientes (pouca preocupação com os custos) considerando sua necessidade de renda; • No caso de necessidade, a ampliação de oferta pode ser obtida sem novas contratações.	Podem ser introduzidos protocolos, comitês de revisão, regulação gerencial e medidas de desempenho.	Alto risco – só recebe o que produz e não havendo produção (doença ou férias) não há remuneração
Pagamento por diagnóstico ou por pacote de serviços	• Pode ocorrer a redução no número de visitas ou consultas; • Pode ocorrer seleção adversa de pacientes; • Pode gerar limitações ao acesso de pacientes com diagnósticos ou tratamentos mais complexos.	• Custo na manutenção das informações e na preparação das diferentes categorias de diagnóstico. • Subdivisão de procedimento para ampliar a receita.	Uso intensivo de ferramentas de controle e avaliação.	Médio risco – necessita cálculos adequados de valores com ajuste de risco para não levar a prejuízo.

Fonte: Cherchiglia, M.L. (2002) modificado pela autora.

Pré-pagamento

Nessa modalidade de remuneração, o profissional recebe uma quantia predeterminada pelo acompanhamento e pela assistência à saúde prestada a um grupo de pessoas predefinidas. Torna-se dessa forma responsável por elas, independente da produção de serviços (pagamento

per capita). A procura por esse profissional pode ocorrer voluntariamente (captação) ou ser adscrita através de um critério demográfico ou geográfico. Essa modalidade é mais bem adaptada aos médicos e outros profissionais de recorte generalista.

O processo de atendimento dessa clientela, pela teoria dos incentivos, pode gerar algumas situações que exigem a intervenção e o acompanhamento da qualidade do serviço prestado. Pode haver uma tendência à seleção, quando possível, do grupo populacional, mecanismo semelhante à seleção de risco, levando a priorização de populações mais híidas que utilizarão menos serviços, gerando mais lucro. Essa atitude pode ser prevenida utilizando-se um limite de pacientes por profissional, assim, mesmo que o profissional disponha de tempo, não lhe é permitido ampliar a clientela.

O sistema de captação pode ser feito com ou sem compartilhamento de risco entre o financiador/pagador e o médico. Nos casos de risco compartilhado, em que o envio de paciente aos especialistas é pago dentro dos recursos previstos (*per capita*) ao pagamento do médico da atenção básica, pode haver uma redução no encaminhamento àqueles profissionais, visando maximizar os ganhos. Entretanto, nos casos em que o envio ao especialista for pago pelo financiador/pagador sem envolver os recursos captados pelo generalista, pode haver encaminhamentos excessivos, diminuindo a resolubilidade da atenção e aumentando os gastos totais com saúde.¹

Outra situação que pode ocorrer, na ausência de restrição ética e/ou moral e de regulação externa, é a subatenção ao paciente. Nesse caso, mesmo quando necessária, a atenção ao cliente não é realizada, levando à redução imediata de despesas e à diminuição da resolubilidade da atenção. Nenhuma dessas duas situações se sustenta no longo prazo.

Por outro lado a utilização de ações de promoção à saúde e de atividades preventivas pode reduzir a utilização de serviços e gerar mais resultado para o profissional médico, assim como trazer benefícios ao paciente.^{1,3,10} Para a economia da saúde tradicional (Feldstein¹³, 1988), há necessidade de:

“resguardar o sistema contra o incentivo ao profissional subproduzir serviços, quando necessários. Apesar de ser difícil de desenvolver e de implementar esses mecanismos de regulação são necessários e entre eles manter a livre-escolha ou seja a possibilidade de mudança, tanto do paciente quanto do médico, pode ser uma ação importante na consecução desse objetivo”.

Quadro resumo II – Pré-pagamento ou pagamento prospectivo

Forma de pagamento	Incentivo associado à forma de remuneração	Impacto sobre as organizações de saúde	Propostas de ajustes	Risco envolvido para os médicos
Captação	• Seleção de pacientes de baixo risco; • Utilização de encaminhamento para especialistas/hospital; • Sub-tratamento; • Pode levar a incorporar ações de promoção à saúde.	• Pode gerar redução e previsibilidade dos custos, mas também pode gerar perda da qualidade no tratamento médico.	• Podem ser propostos ajustes pela introdução de pagamento por unidade de serviço e livre-escolha do médico.	Médio risco – se não houver ajuste de risco pode levar a prejuízo.

Fonte: Cherchiglia M. L. (2002) modificado pela autora.

Esse método de pagamento é o mais frequente nos seguros-saúde privados dos Estados Unidos, sendo o componente principal da estratégia do *managed care*. Uma das principais vantagens gerenciais do pré-pagamento realizado na captação é a previsibilidade orçamentária.

Remuneração do tempo de serviço – trabalho assalariado ou outras formas de relações de trabalho

A diferença entre o assalariamento e as outras formas de relação de trabalho é, além de a forma de remuneração ser sobre o tempo disponibilizado para o trabalho e não pela produção, a presença de benefícios sociais associados à relação formal de trabalho, como férias, aposentadoria, apoio à invalidez, etc.

O salário é a forma mais frequente de remuneração médica nas organizações públicas, ao contrário das contratações feitas no setor privado. O principal mecanismo de controle é gerencial e, normalmente, essa forma de remuneração está associada à cooperação entre os trabalhadores e à maior segurança em relação às obrigações do profissional. Tem maior estabilidade e menor risco ao médico, considerando a previsibilidade da remuneração. É pouco provável que para o paciente haja tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias.

Como ponto negativo, pode ocorrer tendência à subprodução de consultas ou de procedimentos, considerando que não há nenhum acréscimo previsto de remuneração pela quantidade ou qualidade produzida de serviços. Apesar de não haver incentivos para limitar a

quantidade de serviços prestados aos pacientes, não há também incentivos à qualidade do tratamento ou à satisfação do paciente. Também pode não haver qualquer interesse dos médicos em reduzir ou aperfeiçoar o custo operacional.¹⁰

Alguns sistemas têm preconizado a associação de incentivos ligando a produtividade à remuneração pelo tempo de trabalho — combinação de salário com pagamento pelo alcance de determinadas metas gerenciais.

Além disso, existem propostas de combinação do salário com o pré-pagamento por captação para médicos de família^{3,14}, visando a introduzir elementos ligados à satisfação do cliente — sua captação e manutenção na lista, assim como a possibilidade de mudança — dentro da segurança da remuneração por tempo de trabalho realizado.

Quadro resumo III – Salário

Forma de pagamento	Incentivo associado à forma de remuneração	Impacto sobre as organizações de saúde	Propostas de ajustes	Risco envolvido para os médicos
Salário	• Pode diminuir número de consultas ou procedimentos necessários a serem realizados no período, já que o ganho independe da produção; • Subtratamento.	Pode reduzir custos administrativos por ser de mais fácil controle e encorajar práticas baseadas em trabalho de equipe. Tem previsibilidade de despesas e custos.	Para ampliar a produção pode ser associado o pagamento por unidade de serviço/procedimento, e o aumento do controle gerencial.	Baixo risco (os ganhos são fixos)

Fonte: Cherchiglia M. L. (2002) modificado pela autora.

Sistema de remuneração misto

Conforme visto anteriormente, o sistema de remuneração misto combina diferentes modalidades de pagamento médico objetivando reduzir os efeitos adversos de cada uma das formas utilizadas isoladamente, bem como potencializar aquilo que, de forma efetiva, cada uma tem de positivo. Utiliza elementos de remuneração tanto relacionados à produção/resultado, quanto ao tempo disponível no trabalho, bem como as formas de pagamento pós e pré-pagamento.¹

Quadro resumo IV – Sobre as formas de Pagamento

Forma de pagamento	Unidade de serviço	Tipo de pagamento
Honorários ou por unidade de serviço/procedimento (<i>fee-for-service e fee-schedule</i>)	Procedimento	Pós-pagamento
Por diagnóstico ou por pacote de serviços	Por caso ou episódio	Pré-pagamento
Captação	Por pessoa cujo serviço é provido	Pré-pagamento
Salário	Tempo à disposição	Por tempo disponível em serviço
Salário com o pré-pagamento por captação	Tempo à disposição e por captação e fidelização realizada.	Misto
Salário com pagamento por ato	Tempo à disposição associado ao tipo de caso ou episódio	Misto

Fonte: Cherchiglia, M.L (2002).

2.2 - Teoria da Agência

A teoria de Agência³⁰ é o marco teórico que norteia este trabalho. Segundo essa teoria, a relação entre um comprador (chamado de *principal*) e um prestador (chamado de *agente*) ocorre sempre na presença de assimetria de informação, e estão estritamente relacionados. A assimetria de informação⁴ é a distribuição desigual de informações disponíveis entre prestadores e usuários de um bem ou serviço de saúde. Geralmente, um dos interessados detém mais informações sobre determinadas características do bem ou do serviço saúde.

Uma relação de agência está presente quando as Operadoras de Serviços de Saúde - OPS (*principal*) - contratam os médicos (*agentes*), para prover bens ou serviços para seus clientes.⁷ Para os propósitos deste trabalho, entendemos 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.

O problema de agência (ou problema *agente-principal*) aparece quando o bem-estar do *principal* depende das decisões tomadas por outra pessoa: o *agente*. Embora o *agente* deva tomar decisões em benefício do *principal*, muitas vezes ocorrem situações em que os interesses dos dois são conflitantes, dando margem a um comportamento oportunista por parte do *agente* (referido como *moral hazard*).³⁰

Segundo essa teoria, não existe um contrato perfeito entre organizações de saúde e médicos, pois é nessa relação que os dois tentam maximizar seus interesses, mas pode se chegar a um acordo mais adequado, se houver a utilização de incentivos, tornando o contrato a melhor opção para atenuar os conflitos de interesse e conciliar a busca de resultados.⁷

Portanto, o desafio para o *principal* (OPS), ao introduzir uma forma de pagamento, é buscar um comportamento desejado do *agente* (médico) abrangendo uma variedade de tarefas diferentes, algumas facilmente monitoradas e outras não.³ Ao associar o pagamento à *performance*, nesse contexto, o *principal* pode incentivar o *agente* a um investimento maior do seu tempo nas tarefas que são explicitamente medidas e recompensadas e um concomitante desinvestimento nas outras. Apesar dessa complexidade, podem-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.

2.3 – Uso de incentivos explícitos na remuneração do cuidado em saúde.

O sistema de saúde, seja ele público ou privado, busca, como objetivo primordial de sua existência, tratar de forma adequada o paciente. O custo da prestação de serviço apresenta a tendência a ficar cada vez mais oneroso, pois, há cada vez mais incorporação de novas tecnologias, processos naturais como o envelhecimento da população, a mudança no perfil de morbi-mortalidade. Deve-se considerar, ainda, a inflação médica, a ampliação de cobertura, a judicialização da saúde, entre outros motivos que impactam diretamente os custos das operações em saúde.

A grande mudança proposta para conter a ampliação das despesas e usar adequadamente os recursos disponíveis mantendo a qualidade do benefício é o envolvimento de uma atenção multiprofissional e da responsabilização coletiva pelas ações de promoção à saúde e prevenção à doença. Os esforços de prevenir doenças e promover a qualidade de vida é uma necessidade real e pode trazer benefícios em médio e longo prazo e ainda conter a escalada de custos e de despesas.

A combinação de formas de pagamento do trabalho médico, considerando os pontos positivos e negativos de cada uma delas, pode ser uma alternativa para impactar em volume e em qualidade os serviços constituindo, dessa forma, uma ação estratégica na gestão da saúde.

A instituição de pagamento baseado nos resultados alcançados pelo médico e pela equipe multiprofissional, com o compartilhamento da responsabilidade sobre o cliente, e de maneira ética é uma alternativa para a construção de novas bases referenciais do cuidado em

saúde. Frequentemente esses programas visam atuar em pacientes com doenças complexas e que são passíveis de intervenção com cuidados gerenciados.

A qualidade do cuidado dispensada aos pacientes, baseada em princípios que garantam a segurança assistencial e a efetividade do cuidado, deve pesar assim como os incentivos para alcançar esses objetivos. Tanto os incentivos monetários quanto aqueles não monetários são importantes nessa construção.

Os programas que são desenvolvidos para pagamento considerando o resultado da intervenção clínica devem ser baseados nas melhores evidências científicas na construção de referências de cuidado, assim como envolver a equipe de saúde no seu desenvolvimento e implementação. O trabalho deve ser constantemente monitorado por indicadores que devem ser ajustado ao perfil de pacientes, à severidade da doença e às co-morbidades existentes.²³

Os indicadores de saúde são medidas que expressam as dimensões do estado de saúde, como exemplos, a taxa de mortalidade infantil, a esperança de vida e a taxa de mortalidade materna²⁹, devem refletir as mudanças na prática clínica e demonstrar as melhorias alcançadas na saúde da população alvo das intervenções. Para tanto a manutenção apropriada da documentação clínica e dos sistemas de informação são pré-requisitos para a correta compreensão e julgamento das ações realizadas na busca de demonstrar as melhorias obtidas na qualidade de vida e de clientes.

A participação dos médicos deve ser voluntária, sendo permitido ao profissional aderir ou não ao programa disponível tanto para o especialista quanto para o clínico nas suas respectivas áreas de atuação. As vantagens de participar de um programa de desempenho devem ser apresentadas aos médicos. Uma forma de ampliar a cooperação dos profissionais nos programas²³ é fazê-los compreender que o receio da possibilidade de perdas financeiras, seja por redução de serviço ou por perda de cliente, não se fundamenta na prática cotidiana.

O programa deve ser sempre baseado em recompensa ou incentivos que tragam vantagens pelo esforço adicional desenvolvido no cuidado do paciente, além disso, todos os médicos participantes e os que atingirem as metas propostas devem ser recompensados. Como o programa de incentivos é baseado em informações e indicadores, é aconselhável que haja uma ajuda de custo na implantação de suporte em tecnologia de informação, ou seja, a compra de equipamentos de informática e a instalação de software devem ser financiadas.

2.3.1 - Do uso de incentivos explícitos no trabalho médico

A introdução de incentivos, de caráter monetário ou não, que são baseados no desempenho deve estar ancorada em protocolos assistenciais que registrem as orientações a serem seguidas e as evidências utilizadas. Além disso, devem conter os indicadores utilizados e sua base de cálculos.²⁴ O protocolo assistencial deve cobrir objetivos, metodologias e a definição dos indicadores de *performance* (IP). Há necessidade de prover um contexto às informações a coletar e dessa forma evitar comportamentos não desejados ou efeitos colaterais induzidos como reação ao processo de monitoramento. Todos os indicadores trabalhados devem ser protegidos de influências externas, gerando mais confiança no processo e em suas conclusões.

A contribuição de incentivos financeiros para melhoria de qualidade do cuidado vai ser maximizada se o impacto deles na motivação interna dos profissionais de saúde for também considerado.

De modo geral, as formas como os médicos são pagos está associada a padrões particulares de comportamento como discutido anteriormente pela teoria dos incentivos e das formas de pagamento. Unir intervenções nesse comportamento para induzir as complexas mudanças de comportamento utilizando-se de incentivos pode nem sempre produzir uma resposta racional e previsível desejada, ou seja, é necessário avaliar se o incentivo financeiro proposto é suficiente para motivar o profissional a desenvolver o programa, ou mesmo, se o profissional busca outro tipo de incentivo.²⁵

Nem sempre o incentivo financeiro é o grande motivador do profissional e uma explicação talvez esteja na relação entre os incentivos explícitos como recompensas de material e a motivação moral interna dos profissionais de saúde. Para Schopenhauer³¹, a moral deve ser baseada “no que é, no que acontece realmente”, ou seja, as respostas (aos estímulos) são conhecidas somente diante dos acontecimentos. A moral está na intenção ou nos atos que se realizam sem interesse próprio, egoísta, ou seja, sem a preocupação com o resultado ou com o retorno que o ato trará para si mesmo.

Dessa forma, compreender essa dimensão interna de cada um dos envolvidos e considerá-la no momento de organizar um programa de incentivo é fundamental na obtenção de resultados, permitindo a participação criativa focalizada nos aspectos técnicos de como entregar cuidado.

A literatura sobre processos organizacionais reconhece, há mais de meio século, que regras de incentivos que buscam mudar o comportamento podem produzir “meta-

deslocamento” no qual a regra se torna um meio para um fim diferente do que se pretendeu pela proposta do programa.³²

Os incentivos financeiros, sem dúvida, vão continuar exercendo um papel importante dentro das ferramentas disponíveis para melhorar a qualidade de cuidado médico. A contribuição dos incentivos, porém, só será maximizada ao se entender o seu impacto na motivação moral interna dos profissionais de saúde.³³

No estudo de Armour³⁴ et al. (2001), são apresentadas várias revisões sobre as percepções do médico a respeito do uso de incentivos explícitos. Segundo o artigo, as revisões de literatura sugerem que o uso de incentivos financeiros em situações de risco individual para o médico pode ser efetivo na utilização do recurso disponível. Entretanto as evidências empíricas mostram que a efetividade do pagamento do bônus é divergente quando se trata da qualidade do cuidado médico. Enquanto alguns autores encontraram que o pagamento de incentivos é ineficaz em melhorar a qualidade do cuidado de pacientes, definido pela aderência aos protocolos de diagnóstico precoce de câncer, outros autores encontraram que o pagamento do bônus melhorou a qualidade do cuidado de pacientes definido como crescimento de taxas de imunização de influenza.

Os mesmos achados foram encontrados por Petersen³⁵ et al (2006) que conduziu uma revisão sistemática dos estudos sobre o efeito do uso de incentivos financeiros explícitos e identificou a necessidade de futuros estudos para guiar a implementação de incentivos financeiros e para conhecer seu custo-efetividade. Entretanto a utilização de incentivos vem sendo defendida como um recurso a mais na busca de melhoria da qualidade da assistência prestada e dos resultados alcançados.

2.4 - Situação em países selecionados em relação à organização do sistema de saúde, à remuneração médica e ao uso de incentivos financeiros relacionados ao desempenho.

Os sistemas de saúde dos países industrializados, na perspectiva econômica, possuem como diferença essencial a forma como o risco financeiro é distribuído entre os participantes (clientes, prestadores e sistema de saúde) e podem ser classificados em quatro categorias:

- Seguros de Saúde Tradicionais;
- Seguro de Saúde Nacional (*National Health Insurance - NHI*), modelo *bismarckiano* de financiamento – o sistema nacional de saúde é financiado por contribuições do empregador e do trabalhador;

- Serviço Nacional de Saúde (*National Health Services - NHS*), modelo *beveridgiano* de financiamento – o sistema nacional de saúde é financiado com recursos fiscais; e
- Formas mistas.

O Caso Alemão

Os países da União Européia têm tradição na garantia de proteção e justiça social, e são caracterizados pela presença de sistemas de bem-estar social que, embora se diferenciem quanto à organização dos sistemas de saúde, mantêm em comum o caráter público, a solidariedade social e a cobertura universal. Como existem heterogeneidades históricas de configuração dos sistemas de saúde na União Européia, permanece como responsabilidade de cada Estado-Membro a garantia de proteção social à saúde de seus habitantes.¹⁵

A Alemanha¹⁶ é um exemplo de um sistema de saúde que se caracteriza pela socialização e está baseado nos princípios de federalismo e corporativismo com base em contratos coletivos.

O sistema alemão é baseado no financiamento por parte dos empregadores e dos trabalhadores, com a contribuição sendo feita sobre uma percentagem de rendimento do trabalho. As contribuições financeiras são feitas para múltiplos organismos que trabalham de forma similar às operadoras de planos de saúde, denominados Fundos Sociais do Seguro de Saúde (*SHIS - Sickness Funds*), que são uma terceira parte do sistema de seguro de saúde, atuando como intermediário entre clientes e prestadores de serviço de saúde. A cobertura é de quase 87% da população, com uma cobertura adicional de 10% da população feita através de seguro médico privado (quem dispõe de certa renda pode optar por outro sistema fora do obrigatório). A cobertura do trabalhador por um fundo é extensivo a todos os dependentes. Os provedores e compradores de serviços de saúde trabalham dentro de uma rede de corporações que incluem cerca de 300 (trezentos) fundos, 23 (vinte e três) associações regionais de médicos, 22 (vinte e duas) associações regionais de dentistas e as associações federais correspondentes.

Os fundos são os compradores de serviço médico-hospitalares no sistema de seguro médico social. Desde 1996, a maioria das pessoas seguradas tem o direito de escolher livremente o fundo ao qual querem estar vinculados. Pacientes têm livre escolha de médicos, dentistas, farmacêuticos, emergência e, desde 1998, psicoterapeutas. O reembolso de cuidado feito por outros profissionais de saúde (tais como, nutricionistas, fonoaudiólogos, etc.),

inclusive cuidado de hospital, é possível desde que seguindo a prescrição de um médico do sistema.

Os valores pagos pelos fundos são negociados com os hospitais e com a associação de médicos. A assistência ambulatorial por especialistas é paga por produção, do tipo *fee-for-service*, aos médicos em seus consultórios. Alguns especialistas trabalham em hospitais como assalariados.¹⁷

A remuneração para os médicos clínicos¹⁷ (GPs), na maior parte dos casos, é feita por produção, do tipo *fee-for-service*, com tetos do orçamento. Para serviços aos pacientes cobertos pelos fundos, o reembolso por produção é sujeito a alguns controles. Os fundos e as associações dos médicos regionais negociam a quantidade total a ser distribuída aos médicos sob pagamentos por produção. Os fundos fazem o pagamento às associações regionais dos médicos e essas distribuem o pagamento a todos os médicos afiliados baseados na escala de valor uniforme e em outras regras adicionais.

A escala de valor uniforme atribui pontos a todos os procedimentos médicos aprovados e define as exigências para reivindicar pontos. Os médicos ganham um número de pontos para cada serviço baseado na escala de valor uniforme, se eles cumprem as exigências e faturam número total dos pontos realizados para as suas associações. O valor monetário para cada ponto é determinado por cada associação de médicos baseada no pagamento total feito pelo fundo, dividido pelo número total dos pontos faturados pelos médicos afiliados. As associações dos médicos os reembolsam baseadas na multiplicação do número de pontos produzidos e reembolsáveis pelo valor monetário por ponto. O número dos pontos pode ser ajustado por uma Escala de Distribuição da Remuneração (*Remuneration Distribution Scale*) através da qual as grandes variações na remuneração são niveladas entre as especialidades e regulam os números mínimos e máximos dos pontos para cada especialidade e/ou categoria de serviço.

Entre 1997 e 2003, também o número dos pontos por paciente era regulado. A reforma de 2007 aboliu o mecanismo antecipado de ajuste, e uma tabela de remuneração fixa com incentivos para o cuidado de alta qualidade é esperada para 2009. Por serviços aos pacientes particulares, os médicos são pagos pelos seguros privados de saúde ou pelo próprio paciente no momento da utilização dos serviços, considerando o serviço realizado.

Embora na Alemanha¹⁶ ainda falte um sistema de monitoramento que busque o desempenho de pessoal, várias melhorias aconteceram relacionadas à qualidade da assistência

ambulatorial e hospitalar. Foram desenvolvidas exigências mínimas de certificação que incluem padrões técnicos, estruturas organizacionais e treinamento adicional e um número mínimo de procedimentos deve ter sido efetuado sob supervisão. Essas exigências são especialmente importantes para verificar os recursos necessários ao atendimento, principalmente nos procedimentos invasivos.

No setor hospitalar, é permitido aos compradores optar por contratar apenas os serviços que satisfaçam às exigências mínimas de certificação. Porém, o cumprimento das exigências, exclusivamente, não é considerado um indicador de alta qualidade na assistência, pois se trata de um componente obrigatório aos contratos entre os compradores e provedores, que obrigam os prestadores a documentarem a qualidade do cuidado dos procedimentos cirúrgicos (como, por exemplo, cirurgia de quadril ou cirurgia de catarata) e dos procedimentos invasivos (como implante de marca-passo cardíaco). Desde 2003 o pagamento dos hospitais tem sido feito com base nas *DRGs – diagnosis related group*.

O sistema alemão oferece a vantagem de cuidados de saúde globais. A desvantagem observada é a ausência de concorrência entre os fundos, levando à pouca pressão para prestação eficiente de atendimento. Além disso, devido à situação de quase monopólio da assistência detida pelos fundos, os valores pagos pelos serviços ambulatoriais podem ser reduzidos, o que pode acarretar deficiência na prestação de serviços de algumas especialidades.

O Caso Espanhol.

Na Espanha¹⁵, o sistema de saúde é um serviço nacional integrado, financiado por recursos públicos dos impostos e que fornece um cuidado de saúde quase universal. A Espanha compreende 17 regiões (comunidades autônomas), com tamanhos bastante heterogêneos, variando entre 7.2 milhões (Andaluzia) e 264 mil habitantes (La Rioja).

A descentralização, ocorrida em 2002, devolveu a responsabilidade do cuidado do sistema nacional da saúde aos 17 serviços de saúde regionais que passaram a ser responsáveis por assegurar a cobertura universal do cuidado de saúde e a prestação de serviço adequada feita por instituições públicas ou privadas contratadas. A distribuição dos recursos coletados de forma centralizada é feita em uma base *per capita*. E os governos regionais podem, com critério próprio, alocar mais recursos financeiros no orçamento da saúde.

Os trabalhadores de saúde que atuam em hospitais públicos e em centros de cuidados primários são empregados pelos serviços de saúde regionais, geralmente com aprovação em

concurso público, com caráter estatutário e com salário base fixado pelo governo central, entretanto, com esquemas de pagamento variando entre as regiões. Há diferenças salariais entre o cuidado primário/medicina de família e trabalho em hospitais, que é mais valorizado. Muitos médicos que trabalham em hospitais públicos possuem clínica privada também. Se o médico opta por trabalhar exclusivamente no setor público, pode ter o salário base acrescido em 25% (vinte e cinco por cento).

A legislação é rígida, ignora diferenças regionais, deixando poucas alternativas para o gerenciamento. A produtividade dos profissionais é baixa e não há qualquer tipo de incentivo para aumentá-la.

Atualmente, os contratos entre as autoridades de saúde regionais e os hospitais públicos e centros de saúde vêm introduzindo objetivos relacionados a custo-eficiência e à qualidade de cuidado. Esses contratos se tornaram norma para a maioria de hospitais públicos e centros de cuidado primários, ajudando a descentralizar a administração de orçamento, aumentando a participação dos profissionais e gerando melhora dos sistemas de informação.

O Caso Inglês.

Na Inglaterra ^{15,21}, o Serviço Nacional de Saúde - NHS é um serviço médico gratuito completo à disposição de todos os britânicos e é financiado por impostos gerais. Dez por cento da população têm cobertura de seguro de saúde privado.⁴³

O sistema britânico dá ao médico generalista (*General Practitioners - GP*) um forte papel de porta de entrada (*gatekeeper*) com incentivos financeiros para reduzir o encaminhamento ao especialista, o sistema é altamente dependente do médico generalista para a prestação e racionalização do cuidado. Uma vantagem do NHS é a prestação de assistência médica com completa cobertura da população, mas apesar disso sofre de dificuldades relacionadas ao financiamento e ao desempenho organizacional e dos profissionais de saúde.²

A maioria dos GPs são autônomos e possuem um contrato de prestação de serviço com o NHS, negociado com o Departamento de Saúde. Esses contratos definem os termos da prestação de serviço e os detalhes sobre as formas de pagamento. Tradicionalmente, os GPs têm sido pagos por um sistema misto de captação, cotas fixas e *fee-for-services*, com a captação representando a maior parte da receita, seguida por cota fixa (pago para reembolsar os custos ou a manutenção da prática) e pagamento por *fee-for-service* (pagos por selecionadas atividades de promoção de saúde como imunização).¹⁷

Cada habitante tem o direito de se registrar com um médico generalista e de utilizar os serviços sem taxa. Generalistas proporcionam aos pacientes os cuidados primários e servem de ligação para cuidados especializados. Pacientes do NHS não podem ir diretamente a um especialista, primeiro devem procurar pelo seu clínico de referência. Já os recursos financeiros destinados aos hospitais regionais e aos serviços locais eram calculados de maneira *per capita*, ajustados por fatores demográficos e epidemiológicos e repassados para os serviços via Autoridades Distritais Sanitárias (*District Health Authorities – DHA*).⁴³

Os médicos especialistas são assalariados, os salários são baseados nos anos de experiência, mérito, horas extras ou trabalhos realizados fora dos consultórios. Os especialistas estão vinculados a um plano de cargos que considera, além do salário base, as atividades programadas adicionais, prêmio de excelência clínica/pontos, suplementos de pronto-pagamento e outras despesas, e os médicos que trabalham em hospitais (*hospital consultant*) são, na sua maioria, remunerados por salário. Os médicos especialistas na Inglaterra precisam prover quatro horas adicionais de trabalho por semana ao NHS (além das 40 horas semanais regulares) para poder ter a autorização de ter uma clínica privada.¹⁷

Os problemas mais frequentes, no atendimento ambulatorial, eram o longo tempo de espera para qualquer dos níveis de atendimento do sistema; crescimento dos planos e seguros privados de saúde e a baixa capacidade orçamentária das organizações hospitalares.² No início dos anos 90, foi iniciada uma reforma do sistema nacional britânico visando à modernização das instituições, das práticas e das ferramentas de gestão pública. A principal alteração promovida pela reforma foi a introdução do conceito de “mercado interno”, separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde.^{2,40} Os prestadores de serviços médico-hospitalares passariam a concorrer em qualidade e custos, para atrair os compradores, sem a restrição de limites geográficos. A autoridade sanitária tem a responsabilidade de contratar os prestadores de serviço, em nome da população, para atendimento ao usuário, e o recurso financeiro segue o cliente/usuário.

Em 1997, uma “reforma da reforma”⁴⁰ foi apresentada, sendo implantada a partir 1999. A separação entre compradores e provedores foi mantida, mas agora buscava substituir a competição de mercado pelo monitoramento do desempenho. Os Grupos de Atenção Primária que, com a reforma estavam autorizados a comprar serviços de outras áreas geográficas, passam, a partir de então, a restringir a compra de serviços à área de abrangência das

Autoridades Distritais Sanitárias – DHA, que recebem os recursos, iniciando um processo de regionalização da atenção em saúde.

Um processo de regulação dos prestadores de serviço também foi iniciado⁴⁰ visando reduzir variações à qualidade da assistência entre diferentes prestadores em diferentes distritos sanitários. Foram introduzidos Padrões Nacionais de Serviços (*National Service Frameworks*). Também foi criado o *National Institute for Clinical Excellence*, para a seleção, produção e disseminação de protocolos clínicos, visando atingir padrões de desempenho e de qualidade pelos distintos provedores do NHS. Além disso, a “reforma da reforma” incluía o aumento sustentado do financiamento com mais investimentos na saúde, com metas de crescimento do financiamento público de 7% ao ano até 2008.

A reforma aumentou a autonomia dos serviços locais de saúde, por meio da delegação de poder pelo governo central, e modernizou os contratos tanto para os generalistas (GP) quanto para os especialistas. Foram incluídas metas de qualidade e de resultado para a identificação, tratamento e acompanhamento dos pacientes que ao serem alcançadas são traduzidas em pagamento (*target payment*). As recompensas por metas são pagas ao grupo de médicos que compõem a prática estimulando o trabalho em equipe. A remuneração médica do GP cresceu, entre 1995 e 2004, em termos reais em 44%.¹⁷

Alguns médicos generalistas começam a ser pagos por salário, empregados das organizações de cuidado primário, sendo expectativa do NHS que esse segmento continue crescendo. Para os contratos estabelecidos pelo serviço médico geral (GMS) depois de abril de 2004 foi introduzido um quadro referencial de qualidade e resultados foram divididos em quatro domínios¹⁸, consistindo em um número de indicadores que são acompanhados e cada médico atinge um *score* de pontos baseado no seu nível de realização. Esses indicadores foram alterados em 2006 e agora são distribuídos 1.000 (mil) pontos e o atendimento das metas assegura ao GP o pagamento de recompensas financeiras, ou seja, trata-se de um sistema de pontuação para o alcance de metas no cuidado de saúde que é vinculado a prêmios financeiros que podem representar até 25% da receita anual do profissional de saúde.

O domínio clínico consiste em 80 indicadores conforme indicado abaixo, percorrendo 19 áreas clínicas e são responsáveis por 65,5% do total de pontos distribuídos.

- Doenças coronarianas (10 indicadores)
- Hipertensão arterial (03 indicadores)
- Epilepsia (04 indicadores)

- Hipotireoidismo (02 indicadores)
- Câncer (02 indicadores)
- Cuidado paliativo (02 indicadores)
- Saúde mental (06 indicadores)
- Asma (04 indicadores)
- Demência (02 indicadores)
- Depressão (02 indicadores)
- Doença crônica do rim (04 indicadores)
- Fibrilação Atrial (03 indicadores)
- Obesidade (01 indicador)
- Tabagismo (02 indicadores)
- Diabetes Mellitus (16 indicadores)
- Insuficiência cardíaca congestiva (03 indicadores)
- Ataque isquêmico transitório e síncope (08 indicadores)
- Distúrbios de aprendizagem (01 indicador)

O domínio organizacional consiste de 43 indicadores em 05 áreas e são responsáveis por 18,1% dos pontos distribuídos.

- Registros e informação (12 indicadores)
- Informação para os pacientes (04 indicadores)
- Educação e treinamento (08 indicadores)
- Gestão da prática - *Practice management* (10 indicadores)
- Gestão médica - *Medicines management* (09 indicadores)

O domínio da experiência do paciente é constituído por quatro indicadores, que se relacionam à duração das consultas e à pesquisa de satisfação do pacientes. Esses indicadores equivalem a 10,8% do total de pontos.

O domínio sobre serviços adicionais consiste em oito indicadores, em quatro áreas de serviços, e representa 3,6% do total de pontos distribuídos.

- *Screening cervical* (04 indicadores)
- Vigilância à saúde da criança - *Child health surveillance* (01 indicador)
- Serviços de maternidade - *Maternity services* (01 indicador)

- Serviços de planejamento familiar (02 indicadores)

Uma crítica a essa nova modalidade de pagamento, que associa o desempenho nos indicadores ao pagamento de incentivos financeiros, é a inexistência de informações anteriores aos novos contratos, impossibilitando uma avaliação sobre o significado do aumento de remuneração em relação à qualidade e à produtividade.²

Caso Francês

A França¹⁵ é um protótipo de um modelo tradicional do *National Health Insurance (NHI)* europeu. O sistema é financiado pelos impostos sobre os salários de trabalhadores e de empregadores. Todos os cidadãos são cobertos pelo seguro de saúde público, que faz parte do sistema de seguridade social.

Em contraste com o modelo inglês, não existe uma porta de entrada no sistema de saúde francês. Os médicos que atendem no ambulatório são independentes e livres para a prática. Os doentes são livres para escolher o seu próprio médico. Esse conceito de medicina liberal é um importante valor para o sistema de saúde francês.

Em 1998, foi introduzido um sistema de captação e de porta de entrada que até 2004 conseguiu agregar apenas 10% dos GPs e 1% da população. Entretanto, na prática, a maioria dos usuários possui um médico de família, que responde pelos cuidados primários.

Todos os hospitais públicos e alguns hospitais privados são financiados através de um sistema de orçamento global. O sistema nacional de saúde paga quantias fixas aos hospitais com valor igual aos custos do ano anterior, nesse sentido os custos operacionais do ano corrente não devem crescer além do gasto realizado no ano anterior.

O pagamento, para alguns dos hospitais privados contratados para prestação de serviço, é feito com base em uma tabela negociada por dia de internação diretamente pelos fundos pagadores e existe um sistema de co-participação para os pacientes. Um terço dos leitos para paciente agudo está no setor privado.

O sistema de saúde francês combina NHI com base territorial e *fee-for-service* para a prática privada contratada pelo setor público para os cuidados ambulatoriais - o pagamento por serviços ou atos é a forma dominante de pagamento dos médicos. Ocorre o pagamento por salário aos médicos empregados nos serviços públicos, nos serviços preventivos e sociais e nos cuidados hospitalares, com base no tempo disponível.¹⁷

A tabela de remuneração (*fee-schedule*) é fixada através de uma negociação entre médico e representantes do governo. Os médicos GPs ou especialistas, no ambulatório e no setor hospitalar privado, são reembolsados com base nessa tabela. Esse tipo de pagamento é um grande obstáculo na proposição de políticas de contenção de custos e de avaliação. O tratamento é pago pelo paciente no local do atendimento e, posteriormente, é ressarcido pelo seguro de saúde público (cobertura média de até 70%).¹⁵

A remuneração do GP cresceu 12% entre 1997 e 2004, refletindo variações nos níveis de pagamento e no volume de atividade.¹⁷

Em termos de eficiência, existem limitações no sistema de saúde francês, não há qualquer incentivo aos médicos para utilizar racionalmente os recursos disponíveis. Do lado da demanda, devido à incerteza sobre os resultados do tratamento e da ampla disponibilidade de cobertura de seguro, os pacientes tendem a procurar serviços médicos mais do que necessário. Para reduzir o risco de diagnóstico ou de terapêutica inadequada, os médicos podem utilizar mais testes de diagnóstico. Além disso, o pagamento por serviço utilizado para o reembolso dos médicos na prática privada contratada constitui um forte incentivo para aumentar o número de serviços realizados, como forma de aumentar os rendimentos.

Do mesmo modo, o pagamento por dia para os hospitais privados incentiva o aumento da duração da estadia do paciente, aumentando a média de permanência no hospital. Porque o sistema nacional de saúde cobre a maior parte do custo, existem poucos incentivos para médicos e pacientes serem econômicos na utilização de cuidados médicos. Essa falta de incentivos resulta em uso excessivo ou na utilização ineficiente dos serviços.

Embora os sistemas de orçamentos globais reduzam os problemas do uso excessivo ou da utilização ineficiente dos serviços, essa abordagem tende a manter a alocação existente dos recursos dentro do hospital. É relativamente fácil para um hospital receber um orçamento anual para manter suas atividades em curso, mas extremamente difícil receber uma compensação adicional para as melhoras nos níveis de qualidade de serviço prestados, tais como, a introdução de novas tecnologias avançadas.¹⁹ Desde o final dos anos 90, alguns esforços vêm sendo empreendidos para a organização de um sistema de regulação da qualidade do cuidado hospitalar tanto para hospitais públicos quanto para os privados. Foi introduzido um sistema de acreditação com melhoras nos sistemas de informação, de protocolos e treinamento das equipes no nível hospitalar e ambulatorial, buscando a melhoria do desempenho e da qualidade da assistência.

O Caso Canadense

O Canadá²⁷ tem um programa obrigatório - *National Health Insurance* - que pode ser descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais e todos compartilham algumas características comuns e normas básicas de cobertura através da aderência aos princípios nacionais estabelecidos no nível federal: administração pública, acessibilidade, portabilidade, inclusão e universalidade.

A função do governo federal na saúde compreende também apoio financeiro às províncias e territórios; e diversas funções, incluindo o fornecimento direto de serviços primários e suplementares a determinados grupos de pessoas; programas de saúde pública para a prevenção de doenças, promoção de saúde e educação em saúde; proteção da saúde (segurança dos alimentos e nutrição, e regulamentação dos produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, produtos de consumo e produtos para controle de pestes); e financiamento para pesquisa na saúde e atividades referentes a informações em matéria de saúde.

As receitas fiscais nacionais e das províncias são utilizadas para financiar o sistema federal descentralizado. Em todas as províncias, existe uma autoridade governamental a cargo do programa de seguro hospitalar. Há diferenças no regime de cuidado do paciente ambulatorial.

A função dos governos provinciais e territoriais no sistema de saúde inclui: administração dos planos de seguro de saúde; planejamento, pagamento e avaliação dos cuidados hospitalares, cuidados médicos, cuidados de saúde associados, cuidados nos medicamentos vendidos com receita médica em hospitais e saúde pública; e negociação de tabelas de honorários para os profissionais do setor da saúde. O programa prevê cobertura integral e não há limite imposto à assistência médica que uma pessoa pode receber durante sua vida. Não existe nenhum co-pagamento ou deduções, ou seja, os usuários não pagam nenhuma parte das faturas médicas.

Alguns serviços adicionais que podem ser fornecidos pelas províncias ou territórios e, usualmente, incluem a assistência farmacêutica, os serviços da ambulância, assistência dentária, assistência oftalmológica, fornecimento de próteses, cadeiras de rodas, entre outros e apoio às pessoas com necessidades especiais. Esses serviços adicionais são frequentemente direcionados aos grupos específicos da população (por exemplo, crianças, idosos ou beneficiários da assistência social) e podem ter cobertura parcial ou integral. Quem não se

qualifica para receber essa cobertura adicional deve pagar pela assistência ou possuir um seguro de saúde suplementar para cobrir tais despesas.

A maioria dos médicos é composta por profissionais que trabalham em consultórios, independentemente ou em grupos, e desfrutam de elevado nível de autonomia. Os médicos nos serviços ambulatoriais ou nos hospitais são comumente pagos por procedimentos realizados (*fee-for-service*) baseado em tabelas negociadas entre as associações de médicos e os governos das províncias.¹⁷ Em algumas províncias, pode ser encontrado um sistema misto de pagamento considerando pagamento por produção e captação tanto para GP (*general practitioner*) quanto para especialistas.

Recentemente, modelos alternativos de pagamento aos médicos vêm sendo desenvolvidos em diferentes províncias e territórios, e algumas estão utilizando um sistema misto de pagamento combinando o *fee-for-service* com salário ou captação.

Em 2004, cerca de 20% dos médicos, tanto especialistas quanto GPs, receberam seus pagamentos por outros métodos diferentes de *fee-for-service*.¹⁷ Em Ontário, a maior província do país, metade dos GPs receberam por um método alternativo de pagamento dentro das iniciativas de cuidados primários.

Mais de 95% dos hospitais canadenses são operados como entidades privadas e sem fins lucrativos, dirigidas por conselhos de dirigentes comunitários, organizações de solidariedade ou autarquias municipais. Há alguns poucos hospitais privados com fins lucrativos no Canadá. Os hospitais têm corpo clínico aberto e cada paciente é atendido por seu médico particular.

A força do sistema canadense é a cobertura global da população, os cuidados médicos aos doentes são considerados bens ou serviços públicos e são gratuitos. Um dos principais problemas do sistema no que diz respeito à eficiência econômica é que o hospital, o médico ou o paciente não têm qualquer incentivo para serem econômicos ou utilizarem de forma racional os recursos de saúde. A dependência em relação ao controle centralizado e à falta de incentivos no nível individual resultam em uso ineficiente de recursos de saúde. Não existe nenhum incentivo para um usuário utilizar os centros de saúde comunitários, no lugar de procurar diretamente os serviços de urgência/emergência.

Apesar de as autoridades das províncias controlarem rigorosamente os orçamentos globais de saúde, há falta de incentivo para o uso eficiente dos mesmos, assim como para a avaliação da qualidade da assistência prestada relacionando-a à melhora da situação de saúde.

Por outro lado, os prestadores organizados em associações fortes têm poder de monopólio, que é utilizado para defender os seus próprios interesses.

O Caso Americano

Nos Estados Unidos, a maior parte da assistência médica é privada e fornecida através de seguros ou planos de saúde que são patrocinados por empresas. O serviço público é composto por dois programas:

1) *Medicaid*: programa federal de assistência pública para as pessoas cuja renda e os recursos são insuficientes para pagar pelo cuidado de saúde; consiste em um plano do governo dos Estados Unidos destinado a parte mais pobre da população (indigente).

2) *Medicare*: é um programa do governo federal americano, criado em 1965, que fornece atenção médico-hospitalar para pessoas com 65 anos ou mais e pessoas portadoras de alguma necessidade especial. O programa é financiado por quatro fontes diferentes sendo a mais importante a contribuição de empregados e empregadores. As outras três fontes são os impostos, prêmios pagos por beneficiários e dedutíveis ou co-participações.²⁰

Apesar de o sistema americano de saúde utilizar em torno de 16% do PIB do país na assistência à saúde, algo entorno de dois trilhões de dólares, estima-se que 46 milhões de pessoas estão sem cobertura por qualquer forma de seguro de saúde¹² e mais 40 milhões são subseguradas.²

O pagamento no modelo *fee-for-service* e um grau elevado de autonomia têm definido por muito tempo as características da prática médica nos Estados Unidos. E passados mais de 40 anos da criação do programa do *Medicare*, ele vem mantendo esse modelo profissional tradicional²¹ apesar de algumas experiências de inovação.

No caso do *Medicare* e *Medicaid*, a remuneração médica, para GPs ou especialistas, é feita através de uma tabela de procedimentos médicos - *physician fee-schedule* - cuja elaboração leva em consideração a quantidade de trabalho médico requerido, as despesas necessárias à manutenção da prática e os custos com seguros pessoais contra má prática médica. Os valores podem ser ajustados refletindo a variação de custo em algumas áreas geográficas para retenção de profissionais em áreas necessárias.^{22,17}

Com o crescimento dos sistemas de cuidado gerenciado (*managed care*) e com a consolidação das HMO - *Health Maintenance Organization*, tipo específico de plano de saúde que, além da cobertura tradicional, utiliza de protocolos e da coordenação médica na atenção

primária à saúde, outras formas de remuneração médica vêm crescendo, entre elas a captação e o assalariamento.

Nas HMOs várias modalidades de contratação médica são encontradas: podem ser contratados diretamente pelas organizações como *staff* ou corpo clínico para trabalho nas instituições; podem ser contratados individualmente para prestação de serviços em seus próprios consultórios (*IPA model - independet practice association*); ou a HMO pode contratar um ou diversos grupos médicos que, atuando como intermediários, vão coordenar o trabalho de outros médicos. Também a forma de captação de pacientes é encontrada.

Os métodos de remuneração médica para os clínicos gerais (GPs) e especialistas varia enormemente dependendo da fonte pagadora e do tipo de prática, embora na maioria dos casos haja pelo menos uma parte da remuneração feita sob o regime de *fee-for-service*.¹⁷ Alguns especialistas como patologistas, radiologistas e outras especialidades típicas de hospitais são assalariados, mas alguns deles recebem um pagamento adicional com base na produção de serviços.

Em dezembro de 2004, o ato de modernização do *Medicare* estabeleceu um valor financeiro pequeno - 0,4% dos pagamentos - para incentivar os hospitais a relatarem os 10 indicadores da qualidade relacionados ao infarto agudo do miocárdio, à insuficiência cardíaca congestiva e à pneumonia. Esses dados que são agora relatados por quase todos os hospitais de cuidados agudos fornecem a base para o pagamento para o desempenho hospitalar. Recentemente decretado o ato de redução do déficit (*Deficit Reduction Act*) aumentou o incentivo financeiro a 2% e permite que os serviços de saúde expandam ou substituam medidas preconizadas pelo sistema de saúde.²³

Durante os anos de 2004 e 2005, o governo federal americano também conduziu projetos para pagamento por desempenho em hospitais e em grupos médicos. Além disso, no ano de 2006, o *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)* estabeleceu um sistema de relatório voluntário, no qual os médicos relatam 16 indicadores da qualidade do cuidado ambulatorial, tais como: níveis de colesterol LDL e de hemoglobina glicosilada nos pacientes com diabetes.²³

O pagamento por desempenho teve sua legislação federal decretada em 2003, com data limite em 2006 para o Instituto de Medicina (IMO) definir os incentivos financeiros que os CMS podem utilizar na recompensa do desempenho de médicos, de hospitais, de planos de saúde, e de outros fornecedores.²⁴ Os objetivos específicos do programa incluem, em adição à

melhoria da qualidade do cuidado e a redução de custo, o pagamento de incentivos financeiros aos médicos que atinjam eficiência, nos seguintes itens: (1) promover o cuidado contínuo, (2) estabilizar condições clínicas, (3) reduzir resultados adversos na saúde e (4) prevenir ou minimizar episódios agudizados de condições crônicas que requeiram hospitalização ou atendimento de urgência. Esse projeto foi implantado para o *Medicare* como piloto em quatro estados: Arkansas, Califórnia, Massachusetts e Utah em 2007, não tendo, ainda, resultados divulgados.

O número de planos de saúde nos Estados Unidos que tem adotado o pagamento por *performance*, buscando a melhoria da qualidade da assistência, vem crescendo rapidamente. Organizações públicas e privadas conduziram 84 programas de pagamento por *performance*. Desses 84 programas existentes em 2004, 57 deles eram realizados por seguros comerciais, 12 por planos do *Medicaid*, seis por grupos de empresas, cinco são iniciativas do Medicare (CMS), e quatro por outras organizações. A maioria (88%) envolve HMOs, enquanto 50% também incluem PPOs (*preferred provider organization*) e 20% de planos de saúde. Perto de 94% tem como alvo os médicos de atenção primária, com 42% envolvendo também especialistas e 27% incluem hospitais. Segundo o *Leapfrog Group*⁹, 2007, (organização não governamental voltada para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde), os programas em atividade de pagamento por desempenho aumentaram significativamente de 39 em 2003 para 148 em 2007 com mais de 57 milhões de beneficiários envolvidos e mais da metade das organizações privadas de seguro saúde utilizam alguma estratégia de pagamento por desempenho.¹⁰

Entretanto, esses programas encontram-se em estágios iniciais e existem poucas publicações demonstrando a ligação entre o pagamento por *performance* e a melhoria da qualidade do cuidado.^{25,26}

O Caso Brasileiro

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) foi implantado pela Constituição Federal em 1988, garantindo cobertura universal para toda a população. Em torno de 25% da população possui também cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados ou pelo pagamento direto aos prestadores de serviço.

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) através da vinculação de receitas.⁴⁰ Os recursos federais correspondem a mais de 60% do total, progressivamente vêm sendo repassados aos fundos

estaduais e municipais de saúde conforme o nível de habilitação na gestão do sistema. Esses fundos também recebem aportes do orçamento próprio de cada município ou estado. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual. E uma parte dos gastos dos estados constitui-se de transferência para os municípios.

No caso dos estados são possíveis duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Essa última prevê o cadastro, a contratação, o controle, avaliação e auditoria e o pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

Os municípios podem optar pela sua condição de habilitação na gestão do SUS:

(a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica, e

(b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

O sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de prestadores e financiadores, que abarca os segmentos públicos e privados. Apesar de o principal financiador ser o governo federal, cada estado ou município tem autonomia na gestão dos recursos na sua esfera de governo e cada um é gestor de uma rede de estabelecimentos próprios e contratados complementar que prestam serviços aos usuários do SUS.

A assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida prioritariamente (75%) pelos estabelecimentos públicos, onde o pagamento médico frequentemente é feito por assalariamento. Já nos serviços contratados, a remuneração permanece sendo feita com base no procedimento realizado.

Na área hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados pelas entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviço ao SUS são privados). O pagamento dos médicos também é feito por procedimento realizado, a forma prevalente de remuneração. Atualmente o repasse dos recursos financeiros e o consequente pagamento aos médicos (antigo código 07) vêm sendo feito ao hospital contratado ou a cooperativas dentro de cada hospital e não mais ao próprio

profissional. Com o advento de novas modalidades de Contratualização na gestão da rede contratada ou credenciada, novos contratos globais com prestadores públicos e filantrópicos estão sendo feitos baseados em indicadores de resultado e capacidade de produção de serviços para o SUS e os repasses financeiros estão sendo feitos por orçamento global.

A primeira tentativa de organizar no sistema público, através do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, um sistema de controle de contas hospitalares, surgiu em 1976.²⁸ O Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPOCH) era caracterizado pelo pagamento de atos médicos aos hospitais contratados, dispunha de dois instrumentos: a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que estabelecia limites máximos a serem pagos de acordo com o diagnóstico ou o procedimento realizado ao prestador, e a Tabela de Honorários Médicos, que definia o pagamento dos profissionais expressos em Unidades de Serviços (US).²⁸

No final da década de 70, iniciam-se os problemas de financiamento da previdência e assistência médica no Brasil, os quais foram resultantes da crise econômica do país naquele momento. Por outro lado, esses problemas também ocorreram porque o sistema de pagamento da assistência à saúde, baseado em unidades de serviços e atos, não permitia a previsibilidade das despesas realizadas e, conseqüentemente, a impossibilidade de previsão dos gastos do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social com a assistência médica.²⁸

O Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social/Autorização de Internação Hospitalar (SAMHPS/AIH), estudado e desenvolvido em 1979 pelo INAMPS e DATAPREV, passa a ser adotado como modelo de pagamento a fim de combater as fraudes e aperfeiçoar o sistema. Vale ressaltar que a Tabela de Procedimentos utilizada como referência para a remuneração de serviços hospitalares prestados caracterizava-se pelo pagamento fixo por procedimento realizado.

O processo para definição do valor de pagamento de cada procedimento foi feito utilizando-se do cálculo de seis meses de contas hospitalares apresentadas (por quem) e a tabela de procedimentos teve como base a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial da Saúde. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o SAMHPS, foi renomeada Tabela Unificada em 2008, englobando pagamento de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, e continua sendo utilizada como base para o pagamento dos

prestadores contratados, embora os valores atualmente constantes da tabela guardem pouca ou nenhuma relação com os custos.¹⁴

Para o setor de saúde suplementar, a forma mais usada na remuneração dos profissionais médicos que atuam para as operadoras de planos ou seguros de saúde é pagamento por produção de serviços² baseada em tabela de valores de atos, serviços e procedimentos. A grande maioria dos pagamentos realizados nessa modalidade segue como referência a tabela da Associação Médica Brasileira a qual foi iniciada na década de 90 buscando a autorregulação com o estabelecimento de pisos ou tabelas mínimas de serviços profissionais, tanto para obtenção de posições de força face aos pagadores dos serviços quanto, inclusive, para se contrapor a uma competição autodestrutiva.³ As negociações de tabelas de remuneração para a compra de serviços profissionais procuram atender tanto ao interesse do comprador em limitar custos, quanto ao dos médicos para a definição de um piso de pagamento, em um claro movimento de autodefesa profissional.

Para o sistema de saúde público como um todo, não há uma política nacional de incentivos desenvolvida. Já, no setor de saúde suplementar, algumas experiências começam a ser realizadas.

O quadro V apresentado a seguir mostra as principais características dos sistemas descritos.

Quadro resumo V – Das características do sistema de saúde em países selecionados

País	Modelo de organização	Participação setor suplementar	Remuneração médica	Modelos de incentivos ao desempenho.
Alemanha	Universal	10% população	Atenção primária: fee for service. Especialista: fee-for-service	Parte variável da remuneração na atenção básica com bônus por desempenho.
Espanha	Universal		Assalariado	Incentivo à dedicação ao serviço público.
Canadá	Universal		Fee-for-service	Não existente
Inglaterra	Universal	8-10% da população	Atenção primária: captação Especialista: salário e fee-for-service.	Metas de qualidade e de resultado traduzidas em pagamento.
França	Universal cobre parte (70%) das despesas	85% a 90% possuem seguro de saúde adicional para cobertura de despesas não pagas pelo Estado.	Fee-for-service. Em hospitais públicos os especialistas são assalariados.	Tem protocolos de cuidados para principais patologias <i>Références médicales opposables</i> (RMOs), relacionados à qualidade e acreditação e à manutenção do credenciamento, mas sem relação com pagamento. ⁴⁰
Estados Unidos	Segmentado	70%	Misto	Apoio governamental para políticas de desempenho.
Brasil	Universal	25%	Fee-for-service no setor privado suplementar e complementar e assalariado no setor público.	Variável, não há uma política do sistema público e no sistema privado varia conforme cada operadora de plano de saúde.

Fonte: quadro organizado pela autora.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

3.1 - A Saúde Suplementar - Considerações Gerais

A evolução do sistema de saúde no Brasil, que passou da criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões, destinadas a grupos restritos de trabalhadores, para uma cobertura universal da população, e a melhoria das condições de vida da população promoveram grandes progressos nos indicadores de saúde em nosso país. A expectativa de vida do brasileiro cresceu consideravelmente e as taxas de mortalidade infantil são, hoje, quatro vezes menores do que foram no início dos anos 40. As principais causas de morte, antes centradas em doenças transmissíveis, de fácil controle, prendem-se, hoje, às enfermidades crônico-degenerativas próprias da longevidade e às mortes por causas externas como acidentes e homicídios, provocados não apenas pela melhor ou pior oferta de serviços de saúde, mas, principalmente, pela forma de vida que prevalece no cotidiano das grandes cidades.

A grande expansão do sistema de saúde no país teve início nos primeiros anos da década de 1960. Nos anos 70, o estado brasileiro era o grande comprador dos serviços de assistência médica dos prestadores privados. O segmento médico-empresarial foi, aos poucos, sendo estimulado e a expansão da Saúde Suplementar no século passado foi significativa.

Em uma conceituação, ainda que simplificada, podemos dizer que os planos de assistência suplementar à saúde são definidos pela intermediação da prestação de serviços assistenciais a preços pré ou pós-estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir acesso à assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. A operadora é responsável pela negociação junto aos prestadores de serviço, assim como pelos processos microrregulatórios e pelo pagamento ao prestador das despesas necessárias ao beneficiário.

Os clientes contratam por um preço pré ou pós-estabelecido as operadoras que, por sua vez, mantêm convênios com os prestadores, médicos e dentistas credenciados e hospitais próprios ou conveniados. Os clientes utilizam os serviços de saúde dos prestadores, que são ressarcidos pelas operadoras nas bases contratuais definidas.

Hoje, as operadoras são classificadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

1. autogestão - entidades que operam serviços de assistência à saúde, destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de uma ou

mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissional ou assemelhadas e seus dependentes.

2. cooperativas - sociedades, sem fins lucrativos, constituídas conforme disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

a) cooperativa médica

b) cooperativa odontológica - oferece exclusivamente planos odontológicos.

3. filantropia – entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica 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.

4. administradora - empresas que administram planos de assistência à saúde financiada por outra operadora. Não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e nem possuem beneficiários.

5. seguradora especializada em saúde - sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

6. medicina de grupo - demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

a) odontologia de grupo - demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Até o ano 2000, o Estado brasileiro não dispunha de instrumentos capazes de regular os planos privados de assistência à saúde. A regulação do setor só passou a existir após a promulgação da Lei nº 9.656/98, seguida de sucessivas medidas provisórias e a criação, pela Lei 9.961/00, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e incumbida de fiscalizar, regulamentar e monitorar o mercado de saúde suplementar.

As Operadoras de Plano de Saúde (OPS) estão inseridas em um ambiente no qual ocorrem rápidas e profundas modificações, com o surgimento constante de novas tecnologias

em saúde e novos medicamentos e com o crescente custo assistencial. Para se manter no mercado, as OPS empreendem uma verdadeira corrida em busca do aumento de clientela. Essa estratégia é limitada pela concorrência, pelo poder aquisitivo da população, por fatores geográficos e tantos outros e acaba por esgotar-se, levando as empresas do setor a buscar outras práticas, como é o caso da implantação de ações destinadas à promoção da saúde e prevenção das doenças e suas complicações, elaboração de estudos epidemiológicos, avaliação constante de resultados, incentivo às boas práticas médicas, novos métodos de gestão, de regulação e de uso estratégico dos recursos disponíveis para controle do custo assistencial.

A discussão atual sobre o modelo de atenção à saúde que é orientado pela ANS para o Setor de Saúde Suplementar criou a necessidade de rever as práticas atualmente adotadas no segmento, em consonância com a atenção integral à saúde baseada nas linhas de cuidados. À ANS, como agência reguladora, cabe o papel de definir, para a Saúde Suplementar, os modelos assistenciais que são propostos pelo Estado.

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus clientes foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005, (FPS). Em 2006, durante a apresentação do Manual Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar³⁶, atualizado em 2007, mais uma vez, essa intenção fica manifesta, como verificado na sua introdução:

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem como objetivo estimular a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Setor Suplementar, entre outras, através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Atualmente, o conjunto de recursos tecnológicos está alocado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporando de forma acrítica as novas tecnologias, configurando-se num modelo pouco eficiente e pouco efetivo.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população.”

Como visto anteriormente, cabe à ANS a implantação, no Segmento Supletivo de Saúde, dos conteúdos dos modelos assistenciais e de regular essa implantação dentro dos critérios definidos.³⁶

As operadoras são obrigadas a disponibilizar a cobertura prevista em lei (Lei 9.656/98) e demonstrar a existência de rede assistencial em todos os níveis de atenção (integralidade), adequados à segmentação e à cobertura prevista para operação de planos e a buscar a incorporação e o desenvolvimento de instrumentos que complementam e modificam a prática atual, considerando essa nova realidade na organização dos serviços de saúde, centrada na ação cuidadora e integral e onde a necessidade do cliente deve estar posicionada.

As características que definem a atual prática em saúde na maioria das operadoras de planos privadas de saúde são³⁷:

- 1- pela centralização, fundamentalmente, em ações relacionadas ao campo econômico-financeiro da prestação de serviço com foco exclusivo nos procedimentos médicos produzidos e nas despesas geradas por eles;
- 2- pela ausência de preocupação sobre os aspectos relacionados à promoção ou à prevenção de saúde, baseada na demanda apresentada;
- 3- pela falta de capacidade de definir a necessidade de serviços baseados em critérios e qualificação de prestadores - não há dimensionamento dos serviços e os prestadores são incorporados mais pela oportunidade e disponibilidade do que por necessidade;
- 4- pela ausência de uma proposta de avaliação de qualidade dos prestadores, desconsideração do risco existente na prestação de serviço e, portanto, falta de critério de qualificação de serviço e de sua admissão como prestador sem nenhuma sistemática de verificar os impactos ou resultados alcançados nesses serviços;
- 5- pela lógica apresentada por prestadores de serviço e pela operadora de cortar custos, independentemente do cuidado necessário ao manejo do cliente e do acesso que deva ser garantido ao mesmo;
- 6- pela incorporação de tecnologias sem critérios técnicos definidos, passando o médico solicitante a incluir novos custos na assistência, sem nenhuma avaliação de eficiência, eficácia ou efetividade da incorporação;
- 7- pelo cuidado fragmentado sem constituição de redes de serviços e sem o estabelecimento de fluxos efetivos de cuidado;

8- pela desarticulação entre a atenção à demanda espontânea e a oferta programada de atenção à saúde, e pelo desinteresse em relação à satisfação das necessidades dos clientes.

As diretrizes, que remodelam a prestação de serviço na saúde suplementar, responsabilizam as operadoras pela saúde do cliente e definem a integralidade do cuidado como linha mestra de ação buscando superar resultados da assistência prestada atualmente.

A gestão do cuidado, segundo a ANS, significa definir, acompanhar e monitorar determinados grupos de pacientes, incluindo nesse cuidado o trabalho multiprofissional. A ênfase é dada na construção da autonomia dos pacientes, prevenção de doenças e de suas complicações, na adoção de medidas de promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

Para garantir a realização eficaz desse serviço, a proposta da ANS é formatar linhas de cuidado prioritárias (saúde do adulto e do idoso; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher, saúde bucal e saúde mental) como estratégias de acompanhamento do cliente de forma longitudinal (ao longo do tempo) e transversal (entre níveis do sistema).

Essas ações estão relacionadas ao acesso dos clientes aos serviços e dependem de informação sobre a situação atual de saúde de cada um deles, para a construção de uma programação assistencial e na avaliação de seu desempenho para garantir a integralidade desse cuidado. As ações, no entanto, pressupõem a articulação de vários campos e áreas de conhecimento como a epidemiologia, a clínica, o planejamento e a gestão. As linhas de cuidado têm por objetivo garantir um caminho seguro dentro da rede de atenção à saúde, para o seguimento do cliente. Assim, qualquer que seja o local de origem do cliente, na rede de atenção à saúde, seu encaminhamento para os diversos níveis do cuidado assistencial deve ser garantido de forma referenciada, dentro da rede e de acordo com os protocolos clínicos, bem como seu retorno aos serviços de origem quando assim definido pela linha de cuidado.

Nessa formatação, todos os pontos de atenção à saúde, incluindo os serviços de pronto-atendimento, devem funcionar como local de captação de novos clientes que podem ser incluídos nas linhas de cuidado.³⁷ A partir do atendimento, a demanda é apresentada, de forma adequada, e com o encaminhamento posterior ao serviço de saúde que organiza a referência, construindo uma linha de cuidado a partir de então. A linha do cuidado deve ser fruto de um pacto entre os diversos atores que coordenam, organizam e prestam a integralidade da atenção através dos serviços e dos recursos assistenciais, balizados pela responsabilização da operadora com a melhoria da qualidade de vida de seus clientes.

Os Modelos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças devem apresentar uma abordagem focada nas ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida; nos fatores de risco e doenças já instaladas - como diabetes e hipertensão; nas estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso e ações produzidas por equipe multidisciplinar, incorporando dessa forma o cuidado de outros profissionais de saúde. Visa, fundamentalmente, orientar o indivíduo para o auto-cuidado de suas doenças e dos riscos, criando autonomia.

3.2 - As Cooperativas Médicas

A escolha da cooperativa médica para o desenvolvimento do projeto deve-se ao fato de a pesquisadora estar vinculada ao sistema Unimed, onde trabalha na organização do processo de regulação e auditoria dos programas desenvolvidos no campo da promoção à saúde onde estão situados os programas de gerenciamento de doenças.

Breve histórico do cooperativismo

A história do cooperativismo começa na Inglaterra em Rochdale em 21 de dezembro de 1844. Sua inspiração foi a luta de classes, a resistência à extrema exploração da classe trabalhadora. A chamada *Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale* foi formada por 21 tecelões, entre eles uma mulher, que se uniram para comprar, juntos, gêneros de primeira necessidade e que se fundamentou em uma série de princípios entre os quais o da formação de um capital social para emancipação dos trabalhadores, viabilizado pela poupança resultante da compra comum de alimentos. A experiência foi bem sucedida e logo passou a ser difundida. Na Europa, na França, aparecem as primeiras cooperativas de trabalho e, na Alemanha e Itália, cooperativas de crédito. Em 1881 já existiam no mundo cerca de 1.000 cooperativas que contavam com 550.000 associados. Atualmente mais de 900 milhões de pessoas, espalhadas por mais de cem países, fazem parte do cooperativismo, sendo a Aliança Cooperativa Internacional (ACI) o órgão encarregado da representação e integração dessas organizações.

No Brasil o início do movimento data de 1847, quando o médico francês Jean Maurice Faivre criou, junto com colonos europeus, no Paraná, a colônia Santa Tereza. O ramo das cooperativas de trabalho, do qual faz parte a Unimed-JF, surge, no Brasil em 1938, e a primeira cooperativa médica, a Unimed Santos, no estado de São Paulo, é fundada em 1967. O portal da Unimed do Brasil, na Internet, informa que a sua criação foi motivada por:

“uma reação da categoria médica à mercantilização da medicina e à proletarização do médico, que ficava impedido de exercer com liberdade e dignidade a sua profissão e que, na época, estava sujeito à ação centralizadora e dominante do Estado, ou à de grupos mercantilistas cartelizados” (1982).

O propósito das cooperativas era suprimir a intermediação entre clientes e médicos, permitindo a organização dos médicos para firmar contratos de prestação de serviços e atender diretamente os clientes. Sem finalidade lucrativa e de propriedade coletiva, o seu principal objetivo é a defesa econômica e social dos médicos cooperados, ao gerar oportunidades de trabalho e renda para seus associados.

Várias cooperativas médicas foram sendo criadas no país e, em novembro de 1975, foram reunidas em uma confederação nacional, a Unimed do Brasil, unificando a imagem e a marca e trazendo garantia do atendimento de urgência e emergência aos clientes em qualquer uma das 377 singulares do país. Cobre atualmente 74,9% do território nacional, está presente em mais de 4.125 municípios, possui cerca de 15 milhões de clientes e mais 106 mil médicos cooperados, atuando em torno de 6.600 hospitais respondendo por 34% do mercado de saúde suplementar brasileiro, e ainda preservando a autonomia financeira e administrativa de cada singular.

A Unimed Juiz de Fora iniciou suas atividades em 1972, cinco anos após a implantação da primeira Unimed no país. Um grupo de 20 médicos convocou uma assembléia, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, apresentou a proposta de implantação da cooperativa e os 45 profissionais presentes aprovaram o estatuto. Hoje, a Unimed Juiz de Fora oferece uma assistência médica de alta qualidade a mais de 100 mil beneficiários, representando mais de 20% da população dos municípios de sua área de atuação atendidos, em todas as especialidades, por mais de 1.100 médicos e mais de 150 hospitais, clínicas e laboratórios. Fazem parte da área de atuação da Unimed-JF as seguintes cidades: Juiz de Fora, Lima Duarte, Santa Rita de Jacutinga, Santana do Deserto, Matias Barbosa, Simão Pereira, Belmiro Braga, Santa Bárbara do Monte Verde, Rio Preto, Olaria, Bom Jardim de Minas, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Chácara, Coronel Pacheco, Guarará e Maripá.

3.3 – A Utilização de Incentivos Financeiros Explícitos em um Programa de Gerenciamento de Doenças - o Caso de uma Cooperativa de Trabalho Médico.

Segundo Souza e Silva³⁸ (2004), diversos indicadores de saúde apontam para as doenças cardiovasculares como o principal ou um dos principais problemas de saúde da população:

- mortalidade proporcional - cerca de 30% do total de óbitos é representada pelo conjunto das doenças do aparelho circulatório, capitaneadas pelo acidente vascular encefálico (isquêmico ou hemorrágico) e pelas diversas formas clínicas da doença isquêmica do coração (infarto do miocárdio, angina de peito, cardiomiopatia isquêmica); estas doenças juntas matam, aproximadamente, três vezes mais do que a segunda causa de óbitos;
- causas de internações e seus gastos - aproximadamente 12% do total de internações ocorrem por doenças do aparelho cardiovascular, só são superadas pelas doenças do aparelho respiratório e pelas internações causadas por gravidez, parto e complicações do puerpério. Com relação aos gastos com internações, ocupam o primeiro lugar;
- causas de aposentadorias - as doenças cardiovasculares são a primeira causa de aposentadorias por doença (1/3 do total);
- anos de vida perdidos, ajustados por incapacitação (AVAI - na sigla inglesa: DALY – *disability adjusted life years*), indicador que engloba o impacto dos anos de vida perdidos por mortalidade precoce e os anos de vida perdidos com incapacitação. Em conjunto, o acidente vascular cerebral e a doença cardíaca isquêmica constituem as principais causas de AVAI (9,6% do total). Um dos fatores de risco para essas doenças, o diabetes mellitus, é a segunda causa com 5,0% do total de AVAIs.

Também as estatísticas européias³⁹ sobre causas de morte, em 2005, apontam para a importância das doenças cardiovasculares que constituem a principal causa na União Européia (UE), respondendo por 1,9 milhões de mortes e quase a metade de todas as mortes, ou seja, 42%. Os custos totais das doenças cardiovasculares se elevam a 169 milhões de euros na UE, sendo que 105 milhões de euros são utilizados para o tratamento da doença e 64 milhões de euros se devem à perda de produtividade e ao custo dos cuidados informais.

Desde os anos 60, após os resultados iniciais do estudo de Framingham, passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, conhecidos como "fatores de risco clássicos".³⁸ Para a grande maioria desses fatores, quanto maior o nível, maior o risco cardiovascular, em uma relação direta entre o fator e a probabilidade de morte ou de manifestações clínicas da doença isquêmica.

Implantadas em 2008, pela Unimed-JF, as linhas de cuidado do Núcleo da Atenção a Saúde (NAS), em particular no Programa de Gerenciamento Cardiovascular (PGC), tem como objetivo abordar os pacientes portadores dessas patologias visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a economia de recursos advinda de se evitar as complicações mais frequentes. Dessa forma, busca organizar o cuidado dos clientes portadores de fatores de risco e/ou doenças cardiovasculares modificáveis, melhorando seu prognóstico e perfil de utilização dos serviços de saúde.

O programa também marca o início à implantação do *Pagamento Por Performance* com remuneração diferenciada para os cooperados, em função de seu desempenho na melhoria do perfil de risco e consequente estabilização clínica.

O paciente encaminhado pelo médico assistente para os serviços oferecidos pelo Núcleo de Atenção à Saúde (NAS) tem acesso à Linha de Cuidado da Atenção Cardiovascular que é composta por:

- Reabilitação Cardiovascular: programa de atividades específicas e monitoradas para clientes que já tiveram evento cardiovascular (angina instável, infarto agudo do miocárdio, cirurgia de vascularização miocárdica, angioplastia coronariana, acidente cardiovascular encefálico, doença arterial periférica manifesta).
- Polo Atividade Física: programa de orientação e prescrição individual da prática de exercícios físicos destinado a clientes hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho baseia-se em informações educacionais que incentivam auto-cuidado.
- Caminhando com a Unimed: programa de caminhada orientada destinado a clientes que apresentam fatores de risco, como obesidade, dislipidemia e tabagismo. O programa tem como objetivo atender, também, os clientes hipertensos e/ou diabéticos encaminhados pelo Polo Atividade Física.
- Polo de Controle do Tabagismo: programa de apoio ao tabagista, que se

interessa em parar de fumar. São realizadas reuniões semanais com o intuito de promover a cessação do fumo e inventivar a melhoria da qualidade de vida.

- **Polo Peso Saudável:** programa destinado a clientes que buscam tratar o sobrepeso ou a obesidade de maneira saudável. É baseado em orientação nutricional individualizada e os pacientes recebem acompanhamento semanal até atingirem a meta estabelecida para a perda de peso.

Além desses polos no NAS, a operacionalização do programa é feita a partir da identificação dos portadores de determinada patologia ou agravo como Acidente Vascular Encefálico, Angina Instável, Infarto Agudo do Miocárdio, Angioplastia Coronariana, Dislipidemia, Doença Arterial Periférica, Hipertensão Arterial, Obesidade e Tabagismo. Cada paciente identificado pela operadora de plano de saúde ou pelo médico assistente é estratificado pelo risco, gravidade e perfil de custo e tem uma proposta de cuidado customizada a sua necessidade que inclui as mudanças de estilo de vida e as terapias medicamentosas. Esse cuidado passa a ser coordenado a partir do acompanhamento dos desfechos ou melhoria dos indicadores clínicos definidos no seguimento desses pacientes.

Para o programa de gerenciamento cardiovascular há um treinamento prévio que é considerado pré-requisito para adesão e é necessário 100% de presença para obtenção de certificado, pontuação no Programa de Integração Cooperativista (PIC) e inclusão no Pagamento por Desempenho (PPD).

As especialidades médicas alvo do programa são a Cardiologia, a Clínica Médica, a Endocrinologia, a Geriatria e a Pneumologia. E o paciente deve ser encaminhado ao NAS, utilizando-se de um formulário específico. Os pacientes que chegam por outras vias não resultam em benefícios para médico que os assiste. Também é obrigatório aderir ao Protocolo de Saúde Cardiovascular da Unimed-JF e seguir suas recomendações.

DETALHAMENTO DAS METAS ESTABELECIDAS DO PGC

- 1) HDL colesterol – HDL > 60 mg/dl
- 2) LDL colesterol – LDL < 130 mg/dl para pessoas sem evento prévio
LDL < 100 mg/dl para pessoas com evento prévio
- 3) Pressão arterial – PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg para não diabéticos
PAS < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg para diabéticos

- 4) IMC e/ou cintura abdominal (CA) - IMC < 25 CA < 88 cm (mulheres) e
< 102 cm (homens)
- 5) Tabagismo: parou de fumar durante um ano e se mantém sem fumar
- 6) Glicose jejum ou hemoglobina glicosilada (para pacientes diabéticos)
 - a) Glicose < 100mg/dl para os não diabéticos
 - b) HBA1 < 7,0% para diabéticos

O benefício financeiro proposto para a remuneração do desempenho do médico está vinculado ao acompanhamento dos pacientes e ao desfecho que será medido pela operadora. A apuração das metas é realizada a cada 06 meses: pacientes sem histórico de eventos cardiovasculares e a cada 03 meses: pacientes com histórico de eventos cardiovasculares. Alcançar duas das metas descritas acima define o pagamento de uma consulta extra. Na manutenção das duas metas persiste o pagamento de uma consulta extra, apurada no período definido anteriormente. Nossa proposta é avaliar como o médico percebe esse benefício e como o incentivo modificou a conduta frente ao caso clínico.

4. OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral

Estudar a percepção dos médicos sobre a influência do pagamento por desempenho na prática clínica, relacionado à atenção ao paciente portador de doenças cardiovasculares, em uma operadora de plano de saúde de Juiz de Fora- Minas Gerais.

4.2 - Objetivos Específicos

- Analisar a percepção dos médicos sobre a ocorrência de mudanças na prática clínica na assistência ao paciente portador de doenças cardiovasculares, a partir da adesão ao cuidado gerenciado da doença;
- analisar a percepção do médico sobre a mudança dos hábitos de vida dos pacientes identificadas pelo programa;
- identificar as percepções do médico quanto às motivações relacionadas ao cumprimento das metas estabelecidas em relação ao portador de doenças cardiovasculares.

5. METODOLOGIA

5.1 - Pressupostos Metodológicos

Trata-se de investigação de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso, com o objetivo de estudar a perspectiva médica na implantação dos pagamentos por desempenho vinculado ao programas de gerenciamento de doenças.

A abordagem qualitativa é bastante recomendada por diversos autores quando se deseja retratar a perspectiva dos participantes e quando se deseja construir conhecimento a partir de contato direto em situações nas quais os fenômenos sociais são produzidos.

A metodologia proposta se encontra baseada na aplicação de entrevistas semi-estruturadas com os médicos integrantes e não integrantes do programa estudado, a fim de obter as informações do entrevistado sobre suas experiências a partir do foco principal proposto pelo pesquisador. Como salienta Vargas (2002) a aplicação dessa técnica qualitativa deve encorajar os (as) entrevistados (as) a colocarem seus pontos de vista, opiniões, juízos de valor. Essa metodologia é propícia para oferecer essas oportunidades de equidade, pois, baseando-se em processos de comunicação e interação social, faz os indivíduos resgatarem seus próprios saberes e manifestá-los e vê-los reconhecidos no resultado a ser apresentado.

5.1.1 - Demanda do estudo

A demanda do estudo parte da necessidade de se pensar novas possibilidades de remuneração das ações de saúde, em especial no setor suplementar, onde se insere a mestranda. O tema surge de uma realidade específica, ou seja, dos limites das formas de remuneração médica atuais em responder às necessidades de um modelo assistencial que incorpore o cuidado integral do paciente.

5.2 - Procedimentos

Este estudo de caso utiliza as técnicas de entrevista semiestruturada, composta pela elaboração criteriosa de perguntas, buscando revelar as inter-relações entre as variáveis consideradas mais importantes para o estudo. Esse tipo de técnica permite o levantamento de dados de diversas fontes. No nosso caso, ela será aplicada aos médicos buscando investigar a posição desses sujeitos sobre os efeitos básicos da remuneração por desempenho no seu envolvimento no projeto de gerenciamento de doenças.

Serão estabelecidas as variáveis chaves a serem captadas nas entrevistas conforme os aspectos descritos abaixo, possibilitando a produção de relatórios com as principais

interpretações resultantes desse contato com os profissionais da saúde, com citações fornecidas pelos sujeitos na análise do discurso.

Busca-se compreender basicamente nos aspectos do trabalho médico:

1. No trabalho realizado antes da adesão ao programa de gerenciamento de doença - era possível identificar um protocolo e o acompanhamento dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares?
2. O trabalho passou a ser realizado de forma diferente após a adesão aos programas de gerenciamento de doenças?
3. Qual foi o fato motivador para adesão aos programas de gerenciamento de doenças?
4. Percebe mudanças no comportamento dos pacientes?
5. Outras vantagens ou desvantagens percebidas no programa.

Pretende-se nas entrevistas semiestruturadas recuperar as contradições e as motivações desses processos. O intuito deste estudo é compreender o efeito do programa de gerenciamento de doenças sobre o médico assistente e determinar se houve ou não uma mudança de comportamento na conduta clínica após a adesão ao programa e quais foram as motivações utilizando-se entrevista semiestruturada.

A seleção dos médicos entrevistados levará em consideração os procedimentos aleatórios entre aqueles que aderiram e aqueles que não aderiram ao projeto de gerenciamento dentro da disponibilidade de profissionais. As entrevistas foram realizadas até atingir a saturação das informações, chamado de "ponto de saturação teórico", atingido quando os novos entrevistados começam a repetir os conteúdos já obtidos, em entrevistas anteriores, sem acrescentar informações relevantes.

As informações coletadas serão analisadas através da técnica de análise de conteúdo, segundo os procedimentos sugeridos por Bardin (2000), os quais remetem a princípios de validade e rigorosidade metodológica. Levando em consideração a proposta do autor, serão selecionados previamente os temas e unidades de medida a serem observados, visando alcançar o objetivo analítico aqui proposto.

As atividades metodológicas levadas à prática serão as seguintes: a) preparação e aplicação do roteiro da entrevista; b) análise de conteúdo; c) elaboração do relatório final.

5.2.1 - Seleção dos médicos estudados: levará em consideração aqueles que aderiram e aqueles que não aderiram ao projeto de gerenciamento dentro da disponibilidade de

profissionais.

5.2.2 - Período do estudo: a coleta de dados será realizada no segundo semestre de 2009, tendo como referência as ações implantadas no ano de 2008, e que devem ser remuneradas pela primeira vez no primeiro trimestre de 2009. As entrevistas semi-estruturadas serão realizadas nos locais de trabalho dos médicos ou em outro local designado por eles.

5.2.3 – Aspectos éticos: na realização das entrevistas será apresentado, para assinatura, um termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes da pesquisa e uma carta de apresentação.

5.3 - Técnicas de Coleta de Dados:

Entrevistas semiestruturadas: as entrevistas com médicos serão semiestruturadas, conduzidas no ambiente definido pelo entrevistado, objetivando aprofundar as questões descritas anteriormente e confrontar informações.

5.4 - Análise dos Dados

Os dados serão organizados em cartas temáticas e em esquemas relativos à percepção dos médicos ao processo de gerenciamento de doenças e de remuneração envolvida. Os resultados permitirão elaborar hipóteses de segundo nível relativas às características e à dinâmica do gerenciamento de doenças e da sua remuneração.

Para análise e descrição dos dados serão utilizadas as seguintes estratégias: separação do material e elaboração de esquemas e quadros na forma de narrativas, buscando-se destacar o funcionamento do gerenciamento de doenças e as expectativas desenhadas pela proposta.

O avanço na análise e na descrição dos dados permitirá conhecer as motivações para inserir os pacientes no projeto de gerenciamento de doenças a fim de abrigar as diferentes e complementares percepções do fenômeno e de permitir a confirmação da hipótese: o uso de incentivos financeiros explícitos pode induzir a mudanças no comportamento do médico assistente.

6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

2008- ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Seleção para o Mestrado												
Revisão bibliográfica												
Matrícula/participação nas disciplinas do Mestrado												
Elaboração de Projeto do Mestrado												
2009 - ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Banca de Qualificação do Projeto												
Apresentação do Projeto a Unimed - JF												
Apresentação do Projeto ao COEP												
Revisão bibliográfica												
Elaboração de instrumentos da pesquisa												
Pré-teste de instrumentos de pesquisa												
Trabalho de campo: visita ao local de trabalho e entrevistas												
Sistematização e análise de dados												
Redação de relatório final												
2010 - ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Redação de relatório final												
Defesa pública da dissertação												
Correções necessárias												

7. VIABILIDADE DO PROJETO

Este projeto será viabilizado no âmbito do trabalho da autora, no cargo de gestora de regulação da Federação das Unimeds de Minas Gerais, estando a mesma e autora colocando os seus interesses e recursos materiais para viabilização do projeto.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BRASIL - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - IPEA. Texto para discussão N° 1006. ANDREAZZI MFS de. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde Brasília, dezembro de 2003 acessado em 06 de agosto de 2008. Disponível on line em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/td_1006.pdf
- 2) Girardi SN e Carvalho CL - estudo sobre modalidades de contratação e remuneração de serviços e do trabalho médico na área hospitalar com foco em resultados - conceitos e evidências internacionais - MIMEO - maio 2007.
- 3) Cherchiglia ML. Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica - Washington, DC OPAS/WHO, 2002.
- 4) BRASIL - Ministério da Saúde/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Glossário Temático: Economia da Saúde; 2.^a edição ampliada Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF. 2006.
- 5) Stoddard J, Grossman JM. e Rudell L. Physicians More Likely to face quality than incentives that may restrain care Issue Brief Vent. Stud Health Syst Change (48) 1-4 2002 Jan.
- 6) Munck GL. Game theory and comparative politics: new perspectives, old interests. Dados [online]. 2000, vol. 43, no. 3 [cited 2008-04-19], pp. 559-600. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582000000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0011-5258. doi: 10.1590/S0011-52582000000300005.
- 7) Macieira D. Mecanismos de pago a prestadores en El sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. Estudios Mayores de Investigación Aplicada 2, Documento de trabajo 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates INC. Agosto, 1998.
- 8) Santana EA de. Contrato satisfatório multidimensional e a teoria do incentivo. Rev. Bras. Econ. [online]. 2002, vol. 56, no. 4 [cited 2008-05-09], pp. 661-694. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402002000400005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7140. doi: 10.1590/S0034-71402002000400005.
- 9) Tobar F, Rosenfeld N e Reale A. Modelos de pago de servicios de salud. Cuadernos medico-sociales, 74: 39-52, 1997. (tradução livre).
- 10) Chawla M, WindakA, Berman P and Kulis M. Paying the physician: review of different methods Boston Harvard Scholl of Public Health - Data for Decision Making Project Department of Population and International Health - Harvard School of Public Health Boston, Massachusetts 1997.

- 11) Noronha MF, Veras CT, Leite IC, Martins MS, Braga Neto F, Silver L. The development of "Diagnosis Related Groups" - DRGs, a methodology for classifying hospital patients. *Rev. S Pública* 1991 June [cited 2008 Aug 06]; 25(3): 198-208. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101991000300007&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-89101991000300007.
- 12) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series no 829. Geneva, OMS, 1993.
- 13) Feldstein P. J. Health care economics. New York: Delmar Publishers Inc., 1988.
- 14) Carvalho, D. M. Tarbes de Hospital care financing in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, vol.12, n. 4, ISSN 1453-8123.
- 15) OMS/WHO European observatory on health system and policies -2006.
- 16) Dixit, A. (2000). Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review. *The Journal of Human Resources*, Vol. 37, No. 4 (Autumn, 2002), pp. 696-727 - Department Economics of the Princeton University.
- 17) PAHO/WHO - The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? Rie Fujisawa and Gaetan Lafortune - Health Working Papers OECD HEALTH WORKING PAPERS NO.45 December 2008 Available online PDF [63p.]
at:<http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/45925333.pdf>
- 18) Quality and Outcomes Framework -QOF. Bulletin IC 2007 13, Page 1 Copyright © 2007, The Information Centre, Prescribing Support Unit. <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2006-07/QOF%202006-7%20Statistical%20Bulletin.pdf> acessado em 29 de agosto de 2008.
- 19) John Chen G, Feldman SR. Economic aspect of health care systems: Advantage and disadvantage incentives in different systems (2000) *Dermatologic clinics*, 18 (2), pp. 211-214.
- 20) Iglehart JK. - The American Health Care System. *New England Journal of Medicine*. Volume 340:327-332 January 28, 1999.
- 21) Fisher ES. - Paying for Performance - Risks and Recommendations. *New England Journal of Medicine* Volume 355:1845-1847 November 2, 2006 Number 18.
- 22) Ginsburg PB, Berenson RA. Revising Medicare's Physician Fee Schedule - Much Activity, Little Change. *New England Journal of Medicine* Volume 356:1201-1203 March 22, 2007 Number 12.
- 23) Epstein AM. - Paying for Performance in the United States and Abroad *New England journal of medicine* Volume 355:406-408 July 27, 2006 Number 4.
- 24) American Medical Association: Principles for Pay-For-Performance Programs disponível <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay62705.pdf> - acessado em 15-04-2007.
- 25) Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early Experience With Pay-for-Performance: From Concept to Practice *JAMA*. 2005; 294 (14):1788-1793.
- 26) Brush JE Jr., Krumholz HM, Wright JS, Brindis RG, Cacchione JG, Fasules JW, et al Principles to guide physician pay-for-performance programs: a report from the American College of Cardiology Work Group on Pay for Performance. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48:2603-9.

- 27) O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá - http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_po.pdf. Acesso em 02/01/2009.
- 28) Mendes ACG, Silva Júnior JB, Medeiros KR, et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(2): 67-86.
- 29) BRASIL - Ministério da Saúde -Secretaria-Executiva Glossário Temático Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam) Série A. Normas e Manuais Técnicos - Brasília - DF 2006.
- 30) Folland S, Goodman AC, Stano M. - A Economia da Saúde - 5º Ed. - Porto Alegre Editora Bookman, 2008. 272/736 pag.
- 31) Schopenhauer, A, Sobre o fundamento da moral, São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- 32) Blau P. The dynamics of bureaucracy. Chicago: University of Chicago Press, 1955 apud M Marshall, S Harrison.
- 33) Marshall M, Harrison S, Qual Saf Cuidado medico 2005;14:4-5 doi: 10.1136/qshc.2004.013193 www.qshc.com Downloaded from qshc.bmj.com on 27 February 2008.
- 34) Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, Etchason J. The Effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior Arch Intern Med. 2001;161:1261-1266.
- 35) Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C and Sookanan S. Does pay for performance improves the quality of health care? Ann Intern Med. 2006 Aug 15;145(4):265-72.
- 36) BRASIL - Ministério da Saúde - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. 65 p.
- 37) Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados. Ciências Saúde Coletiva, v.9, p.433-44, 2004.
- 38) Souza e Silva NA. Saúde cardiovascular na era tecnológica. Arquivo Brasileiro de Cardiologia [periódico na Internet]. 2004 Dez [citado 2009 Mar 21]; 83(6): 453-455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001800001&lng=pt. doi: 10.1590/S0066-782X2004001800001.
- 39) Health at a Glance - OECD Indicators 2005. Novembro de 2005.
- 40) Tanaka OY e Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.7-17, jan-abr 2007.

9. APÊNDICES DO PROJETO DE PESQUISA

Apêndice 1 - Modelo para Entrevista Semiestruturada - Médico Habilitado

MÉDICO COOPERADO HABILITADO COM OU SEM PACIENTE
ACOMPANHADO PELO PROGRAMA

PERFIL PROFISSIONAL

1. Fale-me um pouco sobre sua trajetória/história profissional.
2. Você possui outros vínculos profissionais. Fale-me sobre esses vínculos. Qual sua principal fonte de receita?

PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO

3. Gosta de desenvolver trabalhos em consultório?
4. Qual foi sua motivação ao fazer o treinamento?
5. Qual foi sua motivação para incluir (ou não) e acompanhar os pacientes no programa de gerenciamento cardiovascular?
6. Como tem sido o trabalho com os pacientes para adesão ao programa.

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

7. Você está satisfeito com seu trabalho?
8. Você está satisfeito com sua remuneração?
9. Você acredita que modificou alguma coisa na sua prática clínica em função da proposta feita pela Unimed?
10. Para finalizar, gostaria de ouvir sobre sua opinião sobre o programa de gerenciamento cardiovascular e sua proposta de remuneração. Em que ela difere da prática anterior? Dificuldades e facilidades.

Apêndice 2 - Modelo para Entrevista Semiestruturada - Médico não Habilitado
MÉDICO COOPERADO NÃO HABILITADO PARA O PROGRAMA

PERFIL PROFISSIONAL

1. Fale-me um pouco sobre sua trajetória/história profissional.
2. Você possui outros vínculos profissionais. Fale-me sobre esses vínculos. Qual sua principal fonte de receita?

PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO

3. Gosta de desenvolver trabalhos em consultório?
4. Por que você optou por não fazer o treinamento?
5. O que leva você a não incluir os pacientes no programa de gerenciamento cardiovascular?

SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

6. Você está satisfeito com seu trabalho?
7. Você está satisfeito com sua remuneração?
8. Você acredita a proposta da Unimed de gerenciamento cardiovascular é importante para a cooperativa, para o cliente e para o médico? De que forma?

Para finalizar, gostaria de ouvir sua opinião sobre o programa de gerenciamento cardiovascular e sua proposta de remuneração.

Apêndice 3 – Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA – PÓS-GRADUACAO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais localizado à Avenida Antonio Carlos 6627 - Unidade Administrativa II - 2º Andar sala 2005 - telefone (31) 3409-4592.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Remuneração Médica: Uso de Incentivos Financeiros Explícitos Como Indutor da Mudança do Cuidado em Saúde**

Pesquisador Responsável: Cármen Lúcia Soares Gomes

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (31) 8786-3926.

♦ Descrição da pesquisa: Esse processo de investigação será realizado a partir da perspectiva do médico participante do programa de gerenciamento de doenças de uma operadora de saúde. A demanda do estudo partiu da inquietação gerada pela inexistência de uma forma de remuneração do trabalho médico, que seja adequada e que garanta a qualidade da assistência dentro de uma realidade financeira possível.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo geral de estudar a percepção dos médicos cooperados sobre qual foi a influência do pagamento por desempenho na prática clínica diária.

Tem ainda como objetivos específicos:

- analisar a percepção dos médicos da ocorrência de mudanças na prática clínica na assistência ao paciente cardiopata a partir da adesão ao protocolo de cuidado no gerenciamento de doenças;
- analisar a percepção do médico na mudança dos hábitos de vida dos pacientes bem como na participação das etapas terapêuticas identificadas pelo programa;
- identificar as percepções do médico quanto às motivações relacionadas ao cumprimento das metas estabelecidas em relação ao portador de cardiopatia.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa com os médicos envolvidos no programa de gerenciamento de doenças sem a identificação de pacientes ou resultados individuais, não há riscos, prejuízos, desconforto, lesões que podem ser provocados pela pesquisa, gerando formas de indenização, ressarcimento de despesas entre outras.

A participação do informante é voluntária e contribuirá para a avaliação sobre formas alternativas de remuneração da prática médica buscando o equilíbrio entre a adequada utilização dos recursos financeiros (racionalização) e a qualidade da prestação de serviços em

saúde que é dependente, em grande parte, de como são remunerados, como estão contratados e, finalmente, da forma como estão organizados em um modelo assistencial,

Fica ainda esclarecido que a participação se resume a uma entrevista realizada em local a ser definido pelo entrevistado, a ser realizada no segundo semestre de 2009, com garantia de sigilo e do direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Data:

Nome do pesquisador: Cármen Lúcia Soares Gomes

Assinatura do pesquisador _____

♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Remuneração Médica: Uso de Incentivos Financeiros Explícitos Como Indutor da Mudança do Cuidado em Saúde**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador responsável, sobre a pesquisa, os procedimentos e objetivos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

7. Anexos

7.1 – Parecer COEPI

7.2 – Autorização da Operadora

7.3 – Carta de submissão de um artigo