

Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico:

Os conceitos e evidências internacionais*

Sábado Nicolau Girardi

Cristiana Leite Carvalho

Luísa Gonçalves Girardi

INTRODUÇÃO

O estudo comparado dos sistemas de remuneração e contratação do trabalho médico é um aspecto importante dos processos de formulação das políticas públicas de gestão do setor da saúde. De fato, a opção por um método de pagamento e contratação dos médicos – o assalariamento ou o credenciamento/contratação remunerada por procedimento, ou pela combinação adequada de métodos, constitui escolha estratégica para a gestão de sistemas de saúde, na medida em que produz impacto direto no volume de serviços prestados à população, na qualidade desses serviços e nos possíveis graus de universalidade e equidade de acesso, sendo portanto, fator determinante da qualidade dos gastos setoriais. A literatura sobre o tema admite, crescentemente, que questões como produtividade, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, são variáveis dependentes das modalidades de vinculação e remuneração do trabalho, especialmente do trabalho médico. Apesar da literatura abordar de forma recorrente esse tipo de associação, ainda é relativamente escassa a utilização desses estudos pelos gestores e tomadores de decisão na prática da gestão pública. Nossa hipótese, no entanto, é a de que o desejável balanço, no desenho e implementação de políticas públicas setoriais, entre objetivos que freqüentemente rivalizam entre si - a contenção de gastos, a qualidade dos serviços e a equidade no acesso – depende em grande medida dos métodos escolhidos para a contratação e remuneração dos médicos.

* trabalho produzido para a Organização Pan-Americana da Saúde, PWR-Brasil, em maio de 2007.

Tal afirmação ganha relevância especial no debate sobre a refundação dos formatos jurídico-institucionais de gestão pública ensaiados no Brasil, no atual governo, a exemplo do debate em torno à instituição de Fundações Estatais de Direito Privado para gestão e provisão de serviços e atividades essenciais não exclusivas de Estado. A manutenção pró-forma de vínculos de trabalho e métodos de remuneração sabidamente ineficientes com o exclusivo intuito de enquadramento a padrões formais-legais contrasta fortemente com a generalização, na prática, da “contratação” (nem) sempre subterrânea de vínculos de trabalho atípicos no setor público (terceirização, trabalho precário, trabalho irregular etc.), comprometendo o desempenho e o alcance de resultados na prestação de serviços públicos essenciais. Nesse contexto, torna-se imprescindível um esforço extra de se repensar - dentro de um processo mais global de adequação das relações de trabalho e de vinculação estratégica dos profissionais às organizações do setor - novos tipos de regimes remuneratórios e contratuais que a um tempo, dentro de limites orçamentários sustentáveis, maximizem a produtividade, induzam a melhoria da qualidade dos serviços da saúde e assegurem níveis adequados de cooperação entre o trabalho e a gerência e entre os profissionais de saúde.

1. SISTEMAS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO: ASPECTOS CONCEITUAIS

Nesta sessão discutiremos os sistemas de remuneração e contratação mais comumente utilizados na gestão dos recursos humanos do setor da saúde, relativamente aos médicos.

1.1. SISTEMAS DE CONTRATAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO

A vinculação formal dos médicos às organizações de saúde, especialmente à organizações hospitalares, assume uma gama variada de formas na maior parte dos países

do mundo. Da integração vertical - a condição de pessoa física empregada assalariada pelo hospital em contratos de tempo indeterminado - à condição de autônomo prestador eventual de serviços, sob contratos pontuais, passando por formas intermediárias, mais ou menos “frouxas”, de vinculação dos médicos como pessoas físicas ou jurídicas, sob contratos mais ou menos longos, com ou sem exclusividade, os arranjos de integração médico-hospital possíveis são múltiplos. Como regra geral, o espectro de formas de vínculo costuma ter maior maior amplitude nas organizações privadas, restringindo-se progressivamente nas organizações públicas, na medida da maior proximidade da organização com o chamado núcleo duro do Estado e conseqüente submissão à legislação constitucional mais rígida.

Pode-se dizer que essa grande diversidade de formas de integração médico-hospital refletem interesses e estratégias - nem sempre coincidentes - dos médicos, hospitais, governos e terceiros pagadores, que na escolha da modalidade de contratação do trabalho médico, tomam em consideração, além de restrições legais, “conveniências” tributário-fiscais, tipos de compartilhamento de riscos econômicos e morais, forma de integração de operações, graus de exclusividade na relação entre as partes, participação em investimentos de capital, etc.

Costuma-se atribuir tal fenômeno – a diversidade de formas de vinculação dos médicos às organizações de saúde - à força corporativa e ao poder de mercado da profissão médica (Medici e Girardi, 1996). O tipo especial que reveste o corporativismo da profissão médica, diferentemente da maior parte das demais profissões de saúde (com exceção da odontologia), marcado pelo imaginário da autonomia, funcionou como forte ingrediente de resistência da categoria ao assalariamento clássico. Com efeito, mesmo o processo de assalariamento da profissão médica que acompanhou a expansão dos serviços sociais prestados pelos aparatos de previdência e bem estar social dos governos nos anos que seguiram a segunda grande guerra, reservou características distintas com relação às demais profissões de saúde, preservando-se a hegemonia das formas de vínculo distintas da relação de emprego típica - da condição autônoma aos diversos arranjos laborativos marcados por algum tipo de cooperação entre os profissionais (as cooperativas médicas e as sociedades profissionais, no caso do Brasil; as associações independentes de médicos e fundações de médicos, nos Estados Unidos, são alguns exemplos).

Explicação e natureza mais propriamente econômica, pode ser buscada na teoria dos custos de transação. Conforme predição da teoria, a decisão pela integração vertical de especialidades e serviços médicos às organizações hospitalares (assalariamento de médicos e integração vertical de serviços numa única organização) ou, ao contrário, pela compra desses serviços no mercado (*contracting out*) por meio de contratos “instantâneos” ou ainda pelo estabelecimento de contratos mais ou menos longos, mais ou menos exclusivos entre as partes, com maior ou menor grau de formalização, dependeria dos custos de transação e dos custos administrativos envolvidos na relação. Em linhas gerais, os custos de transação compreendem os custos com a realização de cinco atividades básicas necessárias para a concretização da transação: (i) custos com a busca e seleção de informações sobre preços, quantidades de oferta e demanda, qualidade dos insumos etc; (ii) custos de negociação dos contratos; (iii) custos de formalização dos contratos, incluindo registros, formação de garantias etc; (iv) custos de monitoramento dos contratos; (v) custos de implementação e garantia da correta aplicação dos contratos. A decisão pela integração vertical à firma (organização hospitalar) do ativo em questão (a especialidade *x* ou *y*) ou pela compra no mercado, dependeria da economia ou redução do valor desses custos. Três dimensões decisivas a respeito das quais diferem as transações são consideradas fundamentais: a frequência das transações; o grau e tipo de incerteza às quais estão sujeitas; e de forma mais importante, a condição de *especificidade dos ativos* envolvidos. A especificidade dos ativos se refere ao grau em que um ativo (inclusive o capital humano) pode destinar-se a usos alternativos e ser utilizado por usuários alternativos sem diminuir seu valor produtivo.

Seja como for, levando-se em conta um ou outro tipo de hipótese explicativa, a experiência internacional demonstra que, ainda hoje, os médicos costumam manter formas de vinculação bastante peculiares com relação às demais profissões de saúde e para a maior parte das especialidades profissionais médicas, predominam as formas de vínculo não-assalariado, especialmente nas organizações privadas.

A preferência da gerência dos hospitais privados pelas formas de vinculação mais “frouxas” de médicos, ou seja, pelo não-assalariamento e vinculação empregatícia de médicos, é quase uma invariante em todas as partes do mundo. Aqui parecem combinar-se elementos do imaginário da profissão médica, em especial, o apego ao ideal de autonomia,

com aspectos que reportam à dinâmica econômica da transação dos serviços médicos. Assim, por exemplo, nos Estados Unidos, as formas de vinculação frouxas, predominam em todo o sistema de saúde, inclusive no programa federal de seguro social, o Medicare, que credencia/contrata seus médicos remunerando-os na base de serviços prestados (*fee-for-service*). Na Inglaterra, o assalariamento é regra apenas para os médicos especialistas que trabalham nos hospitais do sistema nacional de saúde –NSH desde 1948, e mesmo assim, estes médicos detêm alto grau de autonomia sobre suas condições de prática. Neste país, os médicos generalistas (os General Practitioners -GPs) contratam de forma independente com o NHS, sendo pagos por honorários por cada paciente em sua lista de pacientes independentemente do número de vezes que estes o visitam. Conforme veremos, estas condições vêm se modificando ao largo dos anos recentes, com o aumento da contratação exclusiva de médicos com organizações hospitalares e do assalariamento de determinadas especialidades médicas “laterais”, como a radiologia, a anestesiologia e a patologia nos Estados Unidos. Na Inglaterra também vem crescendo, nos últimos anos, a proporção de médicos assalariados entre os GPs. Também no Brasil, vários estudos realizados, no decorrer dos anos 2000, demonstram que enquanto a preferência dos hospitais recaem na forma assalariada quando da contratação de enfermeiros (em geral mais de 90% dos hospitais pesquisados preferem contratar enfermeiros sob o regime assalariado), quando da contratação de especialidades médicas o assalariamento não alcança 10% das preferências destes hospitais (Girardi, 1999, 2002a, 2002b, 2004, 2007).

Em geral, é fundamentalmente no seio das organizações públicas que o assalariamento constitui-se como forma hegemônica de contratação de médicos mesmo assim por razões – essa é nossa hipótese - que envolvem antes razões de natureza legal que considerações de ordem econômica ou de outra natureza.

1.2. SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO

Os sistemas de remuneração do trabalho especificam, no seio da organização, a contrapartida que os empregadores ou demandantes de força de trabalho oferecem aos trabalhadores, em troca de seus esforços, seja em termos de “produtos”, “resultados” ou “serviços”, seja em termos de disponibilidade do tempo dedicado à organização. O

estabelecimento de um sistema de remuneração adequado e eficiente, baseado em normas “justas” (*fair*) de cooperação gerência-trabalho, ao lado de relações de trabalho dignas e decentes, são fatores necessários para a formação de vínculos estáveis e produtivos entre as organizações e sua força de trabalho, contribuindo para a melhoria dos serviços e produtos oferecidos ao público.

Podemos definir um sistema de remuneração enquanto um conjunto articulado de princípios, critérios e procedimentos utilizados pela gestão organizacional para o pagamento do trabalho a indivíduos ou a grupos de indivíduos. Os sistemas de remuneração comportam formas variáveis, e aparecem, de forma geral, como um meio de controle do comportamento dos membros de uma organização qualquer que possui o objetivo de maximizar os resultados dos serviços oferecidos em um nível de comportamento eficiente da organização. A literatura enumera uma série de formas de remuneração do trabalho: desde as mais tradicionais - dentre elas, a chamada remuneração funcional, que tem no cargo ou posto de trabalho a referência básica - às mais heterodoxas formas de remuneração estratégica que condicionam a remuneração à contribuição dos indivíduos e ou grupos para o alcance dos objetivos e metas da organização – aqui incluídas a remuneração por habilidades, a remuneração por competências, os sistema de remuneração mistos, etc. Em todos os casos, um divisor de águas utilizado na classificação dos diversos sistemas é se o critério básico de remuneração é baseado no tempo contratado ou nos resultados ou produtos, daí usualmente classificar-se, de forma conveniente, as diversas modalidades em (i) sistemas de remuneração por tempo, (ii) sistemas de remuneração por resultados ou produtos e (iii) sistemas mistos (OIT apud GIRARDI, 1994).

1.2.1. SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO NA SAÚDE E A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO

O trabalho médico costuma ser remunerado através de variadas modalidades. Uma lista não exaustiva compreende:

- pagamento direto de honorários por serviços prestados, livremente pactuados entre o provedor (o profissional) e o cliente (o paciente) sem a intervenção do terceiro pagador (*fee-for-service*);
- pagamento de honorários na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos (*fee-schedule*). Nestes casos os valores são pré-estabelecidos e geralmente existe a interveniência do terceiro pagador. As tabelas podem ser estabelecidas desde dentro da corporação profissional e negociadas com as organizações de terceiros pagadores e provedores, governos etc;
- pagamento por caso ou diagnóstico, independente do número e tipo de atos ou “serviços”, visitas ou atendimentos realizados;
- pagamento por capitação (um montante fixo por pessoa ou grupo registrado ou convencionalmente assignada por um período determinado);
- pagamento de salário por tempo fixo (sistema salarial)
- pagamento de salário variável em função de volume e qualidade de atos e procedimentos;
- pagamento de um mix - salário (parte fixa, parte variável)

Estas diversas modalidades podem ser agrupadas num número menor de tipos agregados. Partindo da perspectiva do controle de custos, Lee (1990) classifica as formas de remuneração do trabalho médico sob quatro diferentes modalidades: (i) pagamento por ato ou procedimento; (ii) pagamento por caso ou diagnóstico; (iii) pagamento por capitação e (iv) pagamento baseado em tempo. As três primeiros constituem “espécies” de formas de pagamento de um “gênero” informado pelo nexos pagamento-tratamento, variando entre elas o grau de agregação dos atos/procedimentos remunerados, desde os mais

desagregados (pagamento por uma consulta, uma visita etc) à remuneração de um montante fixo por paciente administrado num período de tempo. A este gênero remuneratório correspondem em geral formas de vínculo não-assalariado (autômos baseados em consultórios; autônomos cadastrados no corpo clínico de hospitais ou credenciados por operadores, planos e seguros de saúde; grupos médicos etc.) As possibilidades de controle de custos cresceriam da forma (i) para a forma (iii). O pagamento por tempo constitui gênero distinto, informado pelo nexa pagamento-tempo, e corresponde ao vínculo de emprego assalariado (ver quadro 1).

Autores que se baseiam na expectativa de predição do comportamento econômico dos médicos, preferem distinguir três modalidades nucleares de compensação dos médicos: o pagamento de honorários por serviços (*fee-for-service*), o pagamento por capitação (montante por paciente administrado num dado período) e o salário (GRIGNON, PARIS E POLTON, 2002; ZURN E ADAMS, 2004).

Na modalidade de pagamento de honorário por serviços prestados (*fee-for-service*), teoricamente, os ganhos monetários dos médicos cresceriam proporcionalmente ao volume de atos médicos prestados e ao controle dos médicos sobre a demanda dos pacientes, ou ao grau de indução da demanda. Na ausência de restrições ético-morais e de regulações gerenciais externas, os médicos tenderiam a produzir mais serviços que os necessários.

O contrário se daria com o sistema de capitação, no qual no qual os médicos, remunerados pelos pacientes “capitados” não teriam razão de produzir mais serviços que os estritamente necessários aos pacientes inscritos em sua lista, a não ser que por eles obtivessem algum valor extraordinário. Na ausência, então, daquelas restrições, eles tenderiam a economizar recursos e esforços para aumentar seus ganhos, especialmente nos serviços não objetiva e imediatamente verificáveis. A preocupação da gerência e das autoridades, nesse caso, costuma ser justamente a oposta: a de restringir-se o acesso dos pacientes aos cuidados, a de ocorrer seleção de pacientes que exigem menores cuidados (seleção adversa) e a de diminuir a qualidade dos serviços prestados.

No regime de salário observar-se-ia a tendência a um comportamento econômico mais ou menos indiferente dos médicos, mais responsivos aos controles gerenciais. Alguns autores observam a existência de uma tendência à sub-produção de atendimentos, internações,

realização de exames complementares e intervenções maior sob o regime salarial que sob o regime de capitação (Gosden et al, 1999).

Pode-se dizer que estas tipologias representam uma simplificação, uma vez que, na realidade, conforme veremos, a maioria dos países e sistemas de saúde praticam formas combinadas na remuneração de serviços médicos.

Quadro 1

T. Bodenheimer (1989, 1994, 2005) considera que o pagamento de honorários por serviços (fee for service) e o pagamento por capitação constituem os pólos extremos de um *continuum* baseado no nexo pagamento-tratamento. Entre estes pólos extremos se situariam uma imensa gama das formas intermediárias que fariam variar tão somente o grau de desagregação do ato ou procedimento eleito como unidade funcional para o pagamento. Fora desse *continuum* estaria apenas o trabalho assalariado remunerado por tempo.

No *continuum* das formas de nexo pagamento-tratamento, o nível de extrema desagregação é representado pelo pagamento em separado de cada procedimento singular, cada unidade de serviço considerada de forma isolada. A visita do médico, a consulta, a cirurgia, o parto (no caso da remuneração do trabalho); a remoção de uma sutura, o exame de laboratório, o eletrocardiograma, o engessamento (no caso dos serviços de apoio terapêutico ou diagnóstico); o bochecho e a escovação supervisionada (no caso da saúde bucal); etc. Uma forma de pagamento mais agregada é representada pelo pagamento de uma soma global por serviços relacionados. Por exemplo: uma determinada soma para a gravidez incluindo todas as consultas de pré-parto, o parto e o atendimento pós-parto, como em alguns serviços de obstetrícia. Outra forma, ainda mais agregada, se refere ao pagamento por grupos de diagnósticos relacionados. Este é o caso dos DRGs nos Estados Unidos; sistema que vem sendo utilizado para o pagamento de serviços hospitalares. Em que pese este sistema não ter sido desenhado para a remuneração do trabalho propriamente dito, senão que para o pagamento dos serviços, seus princípios básicos podem ser tomados e adaptados ao pagamento de força de trabalho. Finalmente, na modalidade de pagamento por Capitação se remunera o profissional por pessoa tratada ou capitada. Em sua versão clássica, desenvolvida no sistema de saúde inglês, o médico recebe um montante de recursos por paciente capitado por um período de tempo específico. Neste caso, o montante não varia com o número de consultas realizadas.

Fora desse continuum (nexo pagamento-tratamento), expressando uma *rationale* essencialmente distinta, estariam tão somente as formas de remuneração baseadas no tempo. No pagamento por tempo o médico recebe pelas horas que trabalha na clínica, um certo número de noites ou por tempo integral.

A seguir passamos a uma descrição mais detalhada de cada uma das espécies de formas de pagamento agrupadas nos gêneros correspondentes ao nexo pagamento-tempo e pagamento-tratamento (resultado/produto).

1.2.1.1. SISTEMA DE REMUNERAÇÃO POR TEMPO

No Sistema de Remuneração por Tempo, ou salário, os ganhos são determinados em função do tempo disponibilizado pelo trabalhador para aquele que o emprega. Nesse

sistema, médicos e profissionais da área da saúde recebem uma quantia fixa por horas pré-determinadas de trabalho. A remuneração, ajustada à jornada, é fixada de acordo com as qualificações, anos de trabalho, complexidade do posto de trabalho, e freqüentemente possui alguma relação com salários recebidos por profissionais ocupando posições similares em outras organizações do serviço público ou privado, com referência no mercado setorial e de outras profissões. São três os principais pontos de referência abordados na literatura: salários passados, que considerados como direito de propriedade não poderiam ser expropriados (os salários não podem baixar); ganhos ou excedentes da organização, que quando advindos de esforços de toda a organização devem ser repartidos de forma “justa” entre gerência e trabalho; salários de outros grupos profissionais, no sentido da conservação ou alteração das diferenças costumeiras, dependendo de contextos específicos ou conjunturas (ELSTER, 1991). A quantia do salário, assim, não depende do número de pacientes atendidos, casos tratados ou sua gravidade, mas fundamentalmente de fatores do ambiente que cercam as organizações e do seu mercado interno. Dessa forma, não se leva em conta a variação do rendimento do trabalhador, o que lhe garante um ingresso estável e seguro. Isso, porém, não significa que o resultado não tenha nenhuma importância na remuneração por unidade de tempo. De certo modo, não somente a remuneração por resultado ou produto, mas também a remuneração por tempo, se relacionam com o rendimento. A diferença é que na remuneração por resultado essa relação é explícita, formal e previamente estabelecida.

1.2.1.2. SISTEMA DE REMUNERAÇÃO POR RESULTADO/PRODUTO

A Remuneração por Resultado (RPR) é o sistema no qual os ganhos monetários dos trabalhadores variam segundo regras preestabelecidas, com as mudanças medidas em seu resultado, entendido no seu sentido mais amplo, qual seja, resultado não somente quantitativo e direto, mas também qualitativo e indireto. Na RPR, o montante da remuneração é efetivamente determinado *ex post*, quando se registra o término da tarefa/atividade e depende do resultado alcançado.

No sistema de remuneração por resultado, os ganhos variam segundo o tipo, a quantidade e qualidade dos serviços prestados, sejam eles produzidos em nível individual

ou coletivo. No trabalho médico, os ganhos podem ser dados em função dos atos e procedimentos realizados, dos casos diagnosticados, tratados e monitorados, das pessoas atendidas ou capitadas, etc. Conforme dissemos, o que varia aqui é o nível de agregação do nexó gerador do pagamento: da unidade de serviço prestado ao paciente capitado.

A. PAGAMENTO POR HONORÁRIOS OU UNIDADES DE SERVIÇO/ PROCEDIMENTO

O *pagamento de honorários por serviço/procedimento (Fee-For-Service)* é a forma mais tradicional de remuneração do trabalho médico. Nesse sistema, os médicos recebem em função do número e do tipo dos diferentes serviços prestados ao paciente. Cada procedimento realizado em singular é remunerado separadamente, e um preço específico é estabelecido para cada serviço prestado.

Pode-se dizer que o pagamento de honorários por serviços (consulta, cirurgia, visita etc.) representa uma espécie de “síntese” da atividade médica. O preço cobrado pelo médico (ou pago pelo paciente, pelo terceiro pagador etc.) reflete os custos da prática médica –manter um consultório, pagar os tributos devidos, manter-se atualizado etc.

Os preços para cada serviço podem ser fixos ou variáveis e o pagamento normalmente ocorre com bases nos custos sendo realizado após a realização dos serviços. No sistema de pagamento por honorário ou unidade de serviço/procedimento no qual os preços para cada serviço são fixos, o médico e o pagador negociam uma tabela de preços no início do período da prestação de serviços, e todas as “contas” desse período são baseadas nessa tabela. No sistema de pagamento por honorário ou unidade de serviço/procedimento no qual os preços para cada tipo de serviço variam, não existe essa tabela, e os médicos cobram a partir de uma taxa corrente ou pré-determinada. Esse método de pagamento permite um alto grau de autonomia para os médicos.

O pagamento por honorários ou unidades de serviço/ procedimento pode ser utilizado em combinação com o *pagamento por meta* (Target payment), sistema introduzido na década de 90 no Reino Unido, através do qual o prestador dos serviços é remunerado se, e somente se, atinge uma meta estipulada de serviços (CHERCHIGLIA,

2006). Para maiores detalhes ver parte específica sobre o sistema de pagamento de médicos na Inglaterra, mais adiante.

B. PAGAMENTO POR CASO OU EPISÓDIO DE DOENÇA

O *pagamento por caso ou episódio de doença* é uma modalidade do sistema de remuneração por resultado que apresenta maior agregação do que o pagamento por honorário ou unidade de serviço. Esta modalidade de remuneração é comumente utilizada para pagamentos dos serviços ambulatoriais nos EUA (Medicare). Aqui, define-se um valor global para cada diagnóstico, e a remuneração é realizada de forma prospectiva. A determinação dos valores dos serviços profissionais médicos considera algumas variáveis, tais como (i) o esforço e a intensidade do trabalho dedicado a cada caso, (ii) os custos incorporados para o atendimento de cada caso (capacitação e qualificações pregressas) e (iii) os riscos diretamente vinculados ao serviço médico prestado (HSIAO apud GIRARDI, 1995, CHERCHIGLIA, 2006).

C. PAGAMENTO POR CAPITAÇÃO

O *pagamento por capitação* é outra forma de pagamento que pode ser enquadrada enquanto uma modalidade do sistema de remuneração por resultado ou produto, a mais agregada. Neste caso, o médico é remunerado a partir de um valor fixo, referente ao paciente inscrito ou capitado em um determinado período.

Os pacientes atendidos por um médico que é remunerado em função do sistema de remuneração por capitação podem ser residentes de uma área específica ou serem selecionados de acordo com algum critério preestabelecido. No primeiro tipo de capitação, também conhecido como “capitação geográfica”, o médico recebe um valor determinado para prover serviços a uma população inteira ou a uma área geográfica dada. No outro caso, também conhecido como “capitação de lista”, o médico recebe uma taxa específica para prover cuidados médicos a cada paciente inscrito em uma lista.

Os serviços médicos prestados aos pacientes normalmente se incluem no que é denominado como “pacote de serviços”. Os pacotes de serviços mais comuns no sistema de pagamento por capitação incluem cuidados de atenção primária e de saúde da família, uma

vez que o custo desses serviços é normalmente previsível e a gama de procedimentos possíveis a serem oferecidos é bem definida e limitada. Pacotes de serviços que incluem serviços hospitalares são mais incomuns, considerando-se que os custos são mais altos, apresentam grande variações e, normalmente, são mais sujeitos a incertezas (Gosden et al, 1999).

No sistema de capitação, o pagamento é realizado independentemente do tipo ou da quantidade dos serviços prestados, e o seu valor é sempre menor do que o custo médio de um tratamento previsto por uma especialidade médica. Médicos que recebem por capitação normalmente são responsáveis por todos os custos do pacote de tratamento, incluindo testes diagnósticos, consultas com especialistas, procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias.

1.2.1.3. SISTEMA DE REMUNERAÇÃO MISTO

Em busca da melhoria da eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde, diversos países experimentaram – e continuam experimentando – a aplicação de sistemas de remuneração mistas no pagamento de médicos e profissionais da saúde (CHERCHIGLIA, 2006). Nos sistemas de remuneração mistos, são utilizadas uma combinação das diferentes modalidades de pagamento médico, com o objetivo de maximizar as potencialidades de cada uma e mitigar seus possíveis efeitos adversos.

Neste caso, elementos do sistema de remuneração por tempo e por resultado são combinados, bem como as formas de pagamento prospectivo e retrospectivo. Assim, um sistema de remuneração misto pode utilizar, ao mesmo tempo, a capitação e o pagamento por honorário ou unidade de serviço/procedimento, combinar o salário com esses dois outros sistemas e assim por diante. Normalmente, um sistema de remuneração misto introduz incentivos para médicos que não estariam disponíveis em um sistema de remuneração “puro”. O aumento da utilização de sistemas de remuneração mistos vai ao encontro de uma ironia de Robinson (2001) que identificando a existência de muitos mecanismos para remuneração de médicos, alguns bons outros ruins, revela que os três piores são a reumeração por ato ou serviço (*fee-for-service*), a capitação e o salário.

2. SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO E SUAS MODALIDADES: VANTAGENS E DESVANTAGENS

Diversos estudos realizam um balanço entre as vantagens e desvantagens do Sistema de Remuneração por Tempo e dos Sistemas de Remuneração por Resultado, a partir da opinião de especialistas de diversos países e de estudos comparativos realizados no plano internacional.

Baseados numa extensa revisão bibliográfica, incluindo estudos publicados e não publicados, Gosden et al (1999), compararam as vantagens e desvantagens dos sistemas de remuneração de médicos vinculados a resultados e sistemas assalariados, com relação à produção de serviços. O quadro abaixo resume algumas de suas conclusões:

Volume de pacientes: FFS > Capitação > Salário

Volume de Intervenções: FFS > Capitação > Salário

Volume de Consultas: FFS > Capitação > Salário

Volume de Exames Complementares: FFS > Capitação > Salário

Volume de Cirurgias: FFS > Capitação > Salário

Passamos, em seguida, a descrever principais vantagens e desvantagens de cada um dos sistemas. Baseamo-nos, salvo indicação explícita em contrário, em CHAWLA et al (1997)

2.1. SISTEMA DE REMUNERAÇÃO POR TEMPO

O Sistema de Remuneração por Tempo não proveria praticamente nenhum incentivo financeiro¹ para os profissionais da área da saúde (CHAWLA et al, 1997). Neste caso, a ausência do incentivo financeiro traz, ao mesmo tempo, efeitos positivos e negativos no que diz respeito ao trabalho do profissional da saúde, ao atendimento oferecido para um paciente e à administração.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM MÉDICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os efeitos positivos do Sistema de Remuneração por Tempo para o trabalho dos médicos e outros profissionais da área de saúde relacionam-se principalmente com o fato de que o valor do pagamento é decidido prospectivamente e é fixo. Os estudos da OIT referenciados afirmam que, adicionalmente, o campo de pugnas em torno da remuneração inequitativa costuma ser reduzido. Esse sistema facilita a cooperação entre os trabalhadores, ocasiona aceitação de mudanças e também gera maior segurança em relação às obrigações fixas dos médicos e profissionais da saúde em consequência da maior estabilidade e previsibilidade de seus rendimentos.

O fato de que a compensação financeira não é alterada, todavia, pode impactar negativamente no trabalho oferecido pelos profissionais. Os principais riscos estariam determinados pela óbvia desvinculação entre esforço feito pelos trabalhadores, seja individual ou coletivamente e sua compensação em termos de ganhos. Devido à ausência de incentivos financeiros, médicos podem não contribuir com um nível de esforço desejável no tratamento dos pacientes, e podem também não prestar nenhuma atenção particular no que diz respeito à qualidade do tratamento ou à satisfação do paciente.

Uma vez que o pagamento ocorre de forma prospectiva no Sistema de Remuneração por Tempo, médicos não possuem incentivos para limitar a quantidade de serviços prestados para o paciente. Os profissionais podem também não serem incentivados a construir uma relação mais próxima com seus pacientes.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES

¹ Incentivos como: pagamentos de hora-extra por trabalhar mais horas, atender mais pacientes ou despendar mais tempo ou esforço com cada caso

O Sistema de Remuneração por Tempo normalmente pode impactar positivamente ou negativamente no que diz respeito à natureza, quantidade e qualidade do tratamento recebido por um paciente.

Alguns dos efeitos positivos citados por Chawla et al, (1997) se relacionam com a sensação de segurança provido pelo Sistema de Remuneração por Tempo. Na medida em que esse sistema provê a certeza do rendimento no que diz respeito à quantidade e ao tempo dos serviços oferecidos, o tratamento ao paciente não é normalmente negado. Outro impacto positivo estaria no fato de que o paciente recebe apenas aqueles serviços e intervenções necessárias – o tratamento exagerado e intervenções desnecessárias normalmente não ocorrem nesse sistema.

Por outro lado, pacientes podem não receber a atenção adequada do médico, na medida em que isso não afeta a compensação financeira do profissional. O acesso ao tratamento pode ser limitado e os pacientes podem receber menos tratamento, considerando-se que o médico possui um tempo determinado para desempenhar suas funções. Aqui, esses efeitos podem influenciar adversamente na satisfação do paciente, e ainda comprometer a qualidade e a quantidade dos serviços prestados.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS NA ADMINISTRAÇÃO

Provavelmente, a maior vantagem do Sistema de Remuneração por Tempo no que diz respeito à administração se relaciona com a facilidade e a simplicidade. Aqui, não existem pagamentos retrospectivos a serem calculados e processados, listas de pacientes a serem preparadas e tampouco grupos de casos a serem formados. As promoções dos profissionais são normalmente baseadas no tempo, e os custos pessoais de cada empregado são previstos e orçamentados antes da própria remuneração.

A utilização desse sistema se justifica plenamente – se verificando empiricamente melhores resultados – especialmente nos casos de setores ou ramos de atividade nos quais, por razões técnicas ou de outra natureza, é difícil se mensurar os resultados do trabalho individual ou de grupo e ainda onde o controle de qualidade é um favor imperativo dado à necessidade de produção de alta qualidade e precisão (GIRARDI, 1994). O sistema de remuneração por tempo é mais adequado para aqueles trabalhos em que o monitoramento e

supervisão é mais direto (é operado e administrado na mesma organização) envolvendo menores custos.

2.2. SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO POR RESULTADO

2.2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A OIT enumera as principais vantagens dos Sistemas de Remuneração por Resultado. Uma das principais estaria no fato de que a utilização de um sistema de remuneração por resultado pode contribuir substancialmente para o aumento da produtividade, a diminuição dos custos e o incremento do rendimento do trabalhadores. Os sistemas de remuneração por resultado também requerem, em geral, menos supervisão direta para alcançar os mesmos níveis de produção e, por isso permitiriam o despêndio de maior atenção a outros aspectos do resultado, tais como a qualidade. Adicionalmente, é possível perceber que, nos sistemas de remuneração por resultado, a capacidade de auto-ativação da produção é maior.

Algumas desvantagens, todavia, podem ser destacadas em um âmbito mais genérico. Nas diversas modalidades desse sistema, é preciso maior atenção em relação ao aspecto qualidade. Esse sistema leva com frequência a uma deterioração da qualidade dos produtos e aumentos de gastos adicionais necessários para a aplicação de um adequado sistema de controle de qualidade. O desgaste dos trabalhadores pode ocorrer, principalmente se as tarefas são sobreestimadas ou se seus salários mínimos são muito baixos. O descuido em relação aos regulamentos de segurança no trabalho podem ser estimulados pela competição, e podem haver despesas adicionais para o sistema administrativo.

A grande crítica que se tem feito a utilização de unidades de pagamento mais agregadas é que elas incentivam a sub-oferta (por vezes perigosa) de serviços ao paciente. Se de um lado o pagamento por procedimento é um incentivo “perverso” para o superfaturamento, por outro, o pagamento por caso ou por capitação tem um incentivo “perverso” para o subtratamento. Na verdade, está se aplicando um princípio econômico para todas as unidades de pagamento. Por uma dada unidade de pagamento, existe um

incentivo financeiro para maximizar o número de unidades contadas, ao mesmo tempo que se minimiza a quantidade de “inputs” que são componentes dessa unidade. Em termos puramente econômicos, os médicos pagos por procedimento tem um incentivo para aumentar o número de consultas mas limitar o tempo gasto com cada uma delas; aqueles que são pagos por caso tem um incentivo para diagnosticar e tratar mais casos mas reduzir o número de consultas (visitas) por caso; e os médicos reembolsados por capitação podem ser motivados a aumentar o número de inscrições para poder acumular muitos casos de pessoas doentes.

As vantagens e desvantagens do Sistema de Remuneração por Resultado enumeradas acima podem ser colocadas de forma mais geral. Nos deteremos agora em cada uma das modalidades de remuneração por resultado e suas consequências empíricas.

2.2.2. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SISTEMA DE PAGAMENTO POR HONORÁRIOS OU UNIDADE DE SERVIÇO/PROCEDIMENTO

O Sistema de Remuneração por Resultado baseado em honorários ou unidades de serviço/procedimento pode impactar positiva ou negativamente nos diversos elementos de um sistema de saúde qualquer. Alguns efeitos podem ser observados no que diz respeito ao médico, aos pacientes e mesmo à administração, e foram listados por (CHAWLA et al, 1997)

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM MÉDICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O sistema de remuneração por honorário ou unidade de serviço/procedimento provê uma série de incentivos financeiros e profissionais ao médico. Alguns desses incentivos possuem um impacto benéfico, enquanto que outros adversos.

Provavelmente, o principal impacto positivo do pagamento por honorários ou unidades de serviço/procedimento, no que diz respeito ao estímulo da prestação do serviço por parte dos profissionais da saúde, se relaciona com o fato de que médicos possuem fortes incentivos a incrementar tanto a produção quanto a qualidade dos tratamentos. Nesse sistema, o médico é incentivado fornecer tratamento a mais pacientes, e a prover diversos serviços que, normalmente, satisfazem a maior parte das pessoas que os recebem.

Por outro lado, médicos possuem fortes incentivos financeiros para aumentar o volume de serviços, frequentemente a níveis mais altos do que os desejáveis. Existem também incentivos financeiros para o aumento da demanda, na medida em que os pacientes tendem a basear as suas decisões acerca de suas próprias necessidades nas orientações dadas pelos médicos. Uma vez que médicos possuem incentivos a aumentar o volume de serviços, pode haver uma tendência ao uso excessivo de tratamento, o que aumenta os custos operacionais e administrativos.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES

Podemos listar alguns efeitos positivos do pagamento por honorário ou unidade de serviço/procedimento nos pacientes. Os principais deles se relacionam com o fato de que o pagamento é realizado de forma retrospectiva. Por esse motivo, o paciente normalmente recebe um tratamento de bom nível e de qualidade, apesar de que sempre existe o risco de tratamento excessivo e de intervenções desnecessárias. Pacientes que requerem tratamentos complexos e diversos não são, usualmente, excluídos do acesso ao serviço de saúde, e é relativamente fácil para o paciente escolher e mudar de médico em qualquer ponto do tratamento.

O maior risco do pagamento de honorário ou por unidade de serviço/procedimento, para o paciente, está no fato de que médicos podem prescrever tratamentos e intervenções desnecessárias, na medida em que isso aumenta seus rendimentos. É usual que pacientes reponham a sua confiança no conhecimento do médico, e aceitem o plano de tratamento por ele proposto. Esse fenômeno, também conhecido como “demanda induzida” pode ser observado em diversos países nos quais a remuneração do médico é baseada em honorários ou unidades de serviço ou procedimento (CHAWLA et al; GRIGNON et al, 2002).

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS NA ADMINISTRAÇÃO

No sistema de remuneração por honorário ou unidade de serviço/procedimento, o pagamento é realizado com base nos serviços efetivamente providos. Médicos mantêm um arquivo detalhado a respeito da quantidade e do tipo dos serviços providos, e remetem essa informação periodicamente ao governo ou terceiros pagadores. Cada item da conta é

escrutinado nesse nível, antes de ser levados ao pagamento. Assim, os custos administrativos desse sistema são normalmente altos para ambas as partes.

O sistema de remuneração por honorário ou unidade de serviço/procedimento normalmente aumenta a produção e produtividade no sistema de saúde, mas normalmente a um custo relativamente alto. Essa é, provavelmente, a maior preocupação associada com este tipo de pagamento: considerando-se que médicos recebem sua remuneração a partir do número de atos médicos prescritos, a indução da demanda de pacientes pode ocorrer (ADAMS & ZURN, 2004; CHAWLA et al, 1997)

Experiências em países onde esse sistema é popular demonstram que aumentos rápidos nos custos não são incomuns. Governos e terceiros pagadores, todavia, podem adotar mecanismos específicos para mitigar os efeitos adversos.

2.2.3. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SISTEMA DE PAGAMENTO POR CASO OU EPISÓDIO DE DOENÇA

Como dito anteriormente, no sistema de remuneração por caso ou episódio de doença, médicos e outros profissionais da área da saúde recebem uma quantidade pré-determinada, que cobre todos os serviços por caso ou episódio de doença. A quantidade paga por caso é calculada à base dos procedimentos esperados, que seguem protocolos de tratamento estabelecidos.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM MÉDICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nesse sistema de remuneração, médicos possuem fortes incentivos para conter os custos por caso. O médico é pago de acordo com o diagnóstico, e não a partir do tratamento prestado. Assim, os médicos podem maximizar a diferença entre os ganhos e os custos ao manter baixo os itens formadores de custos dos serviços, diminuindo potencialmente a qualidade dos mesmos.

Por outro lado, os médicos possuem incentivos a preferir pacientes que apresentam doenças de custos mais baixos na tabela de diagnósticos (seleção adversa). Nesses casos, os custos esperados do tratamento são menores do que o retorno esperado por aquela categoria. Os profissionais da área da saúde também possuem incentivos para reduzir a

quantidade e qualidade dos serviços, já que os ganhos não dependem do tratamento mas do diagnóstico em si. Assim, médicos podem maximizar os retornos ao minimizar os recursos de serviços e mantendo os custos baixos.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES

No sistema de pagamento por caso ou episódio de doença, o paciente normalmente recebe apenas aqueles serviços e intervenções que são necessárias. Tratamento excessivo e atos desnecessários normalmente não ocorrem. Por outro lado, pacientes que requerem tratamentos diversos e complexos, particularmente aqueles que são mais custosos nas tabelas de diagnóstico, podem encontrar acesso limitado. Aqui, portanto, pacientes podem receber menos cuidado de qualidade, uma vez que o médico possui incentivos a manter os custos baixos.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS NA ADMINISTRAÇÃO

O sistema de remuneração por caso ou episódio de doença requer informações de administração relativamente custosas. O maior desafio, aqui, está na preparação de diferentes categorias de diagnóstico. O sistema de categorização pode ser detalhado ou simples, e ambos possuem seus méritos e problemas. Um sistema simples é normalmente fácil de ser administrado, relativamente menos caro para ser implementado e requer menos informação do que um sistema mais detalhado. Por outro lado, a classificação detalhada tem o mérito de que pode definir os casos mais especificamente e pode assegurar um nível homogêneo de recursos utilizados em cada categoria.

Em ambos os casos, os custos administrativos associados com esse tipo de remuneração são relativamente altos, tanto para o pagador quanto para o médico. De qualquer forma, o sistema pode ser útil em facilitar a informação para o acesso e a avaliação dos protocolos de tratamento, dos tipos de pacientes, dos casos mistos, das performances de avaliações e dos padrões epidemiológicos.

Sistemas de remuneração baseados em caso ou episódio de doença normalmente poupam gastos, apesar de que isso possa ocorrer às expensas de alguns comprometimentos no sistema de saúde, na qualidade, acesso e ao uso de recursos. Experiências em países

onde esse sistema é utilizado são mistas: alguns governos conseguiram manter os níveis de qualidade, enquanto outros não tiveram tanto sucesso.

2.2.4. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SISTEMA DE PAGAMENTO POR CAPITAÇÃO

No sistema de pagamento por capitação, o médico recebe uma quantida negociada para cada paciente registrado, independentemente da quantidade de tratamento que este paciente receba ao longo de um período pré-determinado. O pagamento prospectivo utilizado nesse tipo de remuneração traz, ao mesmo tempo, vantagens e desvantagens no âmbito do trabalho oferecido por um profissional da saúde, do paciente e também no que diz respeito à administração (ENSOR, WITTER & SCHEIMAN, 1997).

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM MÉDICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Considerando-se que o “pacote de compensação” do serviço prestado pelo médico é decidido prospectivamente, médicos podem buscar a maximização da diferença entre os seus ganhos e despêndios ao manterem os custos do tratamento baixo. Médicos também são incentivados a realizar eficientemente todo o processo do tratamento médico. A prática da medicina preventiva é assim estimulada. Nesse sentido, uma das maiores vantagens do sistema de pagamento por capitação reside no fato de que médicos e demais profissionais da área da saúde possuem fortes incentivos para minimizar os custos financeiros de forma geral.

O estímulo a minimizar os custos financeiros, todavia, pode impactar negativamente no que diz respeito a qualidade e a quantidade dos serviços prestados pelos profissionais da área da saúde. O sistema de pagamento por capitação encoraja médicos a competir pelos pacientes registrados, mas, uma vez inscritos, esses podem receber a menor quantidade de tratamento possível. Médicos também possuem incentivos para alistar pacientes relativamente saudáveis, que normalmente requerem tratamentos mais baratos e com menor frequência. Tratamentos de alta qualidade, usualmente caros, podem não ser utilizados e médicos possuem incentivos para referir pacientes para os próximos níveis de tramento (especialistas, hospitais, etc.) a fim de reduzir os custos operacionais.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES

Provavelmente, o maior benefício do sistema de pagamento por capitação para pacientes reside no fato de que o paciente pode receber apenas aqueles serviços e intervenções que são necessárias. Tratamento excessivo e intervenções desnecessárias não são frequentes nesse sistema. Outra vantagem relaciona-se com a questão de que, em diversos sistemas baseados na capitação, o paciente recebe a maior parte dos cuidados do mesmo médico. Além de ser conveniente, isso também fortalece a relação entre o médico e o paciente. Um fator adverso óbvio, no entanto, é a limitação das oportunidades de escolha pelos pacientes, que tem sido alvo da preocupação das autoridades nos países que praticam o sistema.

O sistema de pagamento por capitação, ainda, pode excluir pacientes que requerem muitos tratamentos ou cuidados mais complexos, na medida em que a diminuição dos custos é aqui estimulada. Assim, pacientes podem, potencialmente, receber menos cuidado no nível ótimo, e a qualidade e quantidade do serviço, nesse sentido, podem ser comprometidas.

- IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS NA ADMINISTRAÇÃO

O sistema de capitação requer menores esforços de administração, uma vez que não existem contas de pacientes a serem processadas. Uma vez que a lista é finalizada, não se torna difícil de calcular a remuneração que um médico individualmente deve receber. Além disso, os custos de saúde nesse sistema são inteiramente previsíveis, e há um bom controle desses custos.

De uma forma ou de outra, governos e pagadores podem despende altos custos administrativos na preparação e manutenção das listas de pacientes. Altos custos administrativos são também associados com a negociação de contratos, com o estabelecimento de taxas e fórmulas de capitação e na monitoração de médicos para assegurar os níveis apropriados e a qualidade dos serviços providos aos pacientes.

O sistema de capitação é um sistema útil no pagamento de médicos se forem introduzidos os tipos de incentivos adequados para melhorias no custo, no acesso e na qualidade do tratamento e na satisfação do paciente. Governos e pagadores podem adotar diversas medidas para assegurar que os incentivos negativos aos médicos sejam mitigados,

enquanto que os positivos podem, por seu turno, ser incentivados. Em países como a Inglaterra, conforme veremos, incentivos remuneratórios relacionados ao alcance de metas e resultados clínicos e não clínicos – identificação e tratamento de determinadas morbidades consideradas prioritárias, manutenção de registros atualizados de pacientes, realização de pesquisas de satisfação junto a pacientes, realização de atividades de atualização etc., - vem sendo adotados nos novos contratos com médicos generalistas nos sistemas de atenção primária, com resultados que merecem maior avaliação.

2.3. SISTEMA DE REMUNERAÇÃO POR TEMPO X SISTEMA DE PAGAMENTO POR RESULTADO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além das implicações financeiras ou econômicas, a adoção de uma ou outra forma de pagamento de serviços profissionais terá claras (embora pouco referidas na literatura) implicações sobre o que autores como Elster (1989) definem como a disposição para a cooperação no trabalho. Diversos estudos comprovam que a propensão à cooperação entre trabalhadores de uma mesma profissão e entre profissões distintas tende a diminuir nos casos onde se adota o pagamento por resultado individualizado. Sistemas salariais e formas de remuneração que levam em conta resultados institucionais e de equipe são em geral melhor aceitos e considerados mais “justos”, quando as regras aplicadas na remuneração são equitativas, respeitando normas de igualdade complexa e justiça plural (Walzer, 1983), e levam em conta o esforço e contribuição de cada um e da equipe, evitando comportamentos de menor esforço do tipo *free-rider*. O desenho de estruturas governamentais de negociação coletiva ao lado da construção institucional de *expertise* técnica nos temas de compensação e valoração dos trabalhos revela-se fundamental.

Os sistemas de remuneração, por fim, impactam também sobre as formas de organização coletiva dos profissionais e estratégias de defesa de seus interesses. O regime salarial, instituído pelos sistemas de remuneração por tempo, por exemplo, incentiva a sindicalização dos trabalhadores, a negociação do engajamento coletivo dos trabalhadores e a articulação das chamadas demandas típicas do trabalho (defesa de salários, garantia do emprego e condições de trabalho). No sistema de pagamento de honorários por ato ou procedimento, embora as implicações em termos de representação de interesses sejam

menos claras, a tendência é que prevaleçam formas organizativas de corte mais “liberal”, tipo grupos de interesse.

Os quadros abaixo resumem algumas vantagens e desvantagens dos diversos sistemas de remuneração do trabalho em saúde descritos anteriormente, segundo diferentes características que afetam a produtividade do trabalho médico, sua relação com os hospitais e os impactos potenciais em pacientes.

Os quadros foram elaborados com base nos estudos realizados por Chawla e colaboradores (1997).

Remuneração por Tempo

Características	Nível de Incentivo		
	Alto	Limitado	Baixo
Médicos possuem incentivos apropriados para prover uma quantidade ótima de cuidado		X	
Médicos possuem incentivos apropriados para prover cuidados com alta qualidade		X	
Médicos possuem incentivos apropriados para manter os custos baixos			X
Pacientes não possuem acesso ao cuidado negado	X		
Pacientes podem exercer escolha			X
O pagamento é facilmente administrado	X		
O sistema de pagamento requer um sistema de informação e de custo sofisticado			X

*interpretação própria baseada em Chawla e colaboradores (1997).

Remuneração por Capitação

Características	Nível de Incentivo		
	Alto	Limitado	Baixo

		o	
Médicos possuem incentivos apropriados para prover uma quantidade ótima de cuidado		X	
Médicos possuem incentivos apropriados para prover cuidados com alta qualidade		X	
Médicos possuem incentivos apropriados para manter os custos baixos	X		
Pacientes não possuem acesso ao cuidado negado		X	
Pacientes podem exercer escolha		X	
O pagamento é facilmente administrado	X		
O sistema de pagamento requer um sistema de informação e de custo sofisticado			X

*interpretação própria baseada em Chawla e colaboradores (1997).

Honorário ou unidade de serviço/procedimento (fee-for-service)

Características	Nível de Incentivo		
	Alto	Limitado	Baixo
Médicos possuem incentivos apropriados para prover uma quantidade ótima de cuidado	X(*)		
Médicos possuem incentivos apropriados para prover cuidados com alta qualidade	X		
Médicos possuem incentivos apropriados para manter os custos baixos			X
Pacientes não possuem acesso ao cuidado negado		X	
Pacientes podem exercer escolha	X		
O pagamento é facilmente administrado			X
O sistema de pagamento requer um sistema de informação e de custo sofisticado	X		

*de alto para excessivo

*interpretação própria baseada em Chawla e colaboradores (1997).

Por caso/episódio de doença

Características	Nível de Incentivo		
	Alto	Limitado	Baixo
Médicos possuem incentivos apropriados para prover uma quantidade ótima de cuidado			X
Médicos possuem incentivos apropriados para prover cuidados com alta qualidade		X	
Médicos possuem incentivos apropriados para manter os custos baixos	X		
Pacientes não possuem acesso ao cuidado negado		X	
Pacientes podem exercer escolha		X	
O pagamento é facilmente administrado		X	
O sistema de pagamento requer um sistema de informação e de custo sofisticado	X		

*interpretação própria baseada em Chawla e colaboradores (1997).

3. A EXPERIÊNCIA COM SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO EM PAÍSES SELECIONADOS.

Passamos em seguida, a uma breve descrição de experiências internacionais dos principais sistemas de pagamento e contratação de médicos utilizados em alguns países selecionados. A maior facilidade na obtenção de dados e a relativa novidade de algumas experiências praticadas, funcionaram como critérios para seleção das experiências e países. De imediato, a não inclusão de casos e experiências de países latinoamericanos se deveu à dificuldade de obtenção de dados mais atualizados desses países. Por outro lado, muitos dos dados de países solicitados pelos autores a pesquisadores e instituições desses países ainda não se encontravam disponibilizados à época da elaboração do relatório. A falta de paralelismo das informações na descrição dos casos e experiências dos países se explica em razão desses fatores.

O maior detalhamento na descrição da experiência dos Estados Unidos se deve, adicionalmente, ao fato do sistema adotado no Medicare (a escala de valores relativos baseada em recursos – RBRVS) constituir-se num desenho mais técnico e ter inspirado a criação, no Brasil, da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) concebida pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira e crescentemente adotada em nossos hospitais, seguros e planos de saúde. Da mesma forma, a experiência recente da Inglaterra com relação ao estabelecimento de remuneração adicional por alcance de metas de qualidade e resultados (*target payment*) é uma experiência que merece destaque, necessitando maior avaliação, entre outras razões, pelas potencialidades de serem redescritas para nossos programas de atenção primária em saúde.

1. Estados Unidos

O sistema de saúde dos Estados Unidos é predominantemente privado, baseado em um extenso mercado de seguros e planos privados de saúde, sustentado principalmente pelo gasto privado de empresas e indivíduos. O total de gastos com saúde alcançou, no ano fiscal de 2004, cerca de 1,9 trilhões de U\$ dólares, sendo a maior parte destes oriundas do

gasto privado (1,03 trilhões, ou 54,9%), 600 bilhões de dólares advindos de gastos do governo federal e cerca de 250 bilhões advindos de gastos dos governos dos estados e municipalidades (Health, United States, 2006).

A parte pública do sistema é representada majoritariamente pelo programa federal de seguro social, o Medicare (dirigido a pessoas com mais de 65 anos de idade e portadores de determinadas deficiências), e complementada pelo Medicaid (seguro nacional para as pessoas abaixo da linha de pobreza), por serviços públicos federais especiais, a exemplo do serviços de saúde para os veteranos de guerra (*Veterans Affair*) e por serviços de saúde dos Estados e municípios. Medicare e Medicaid cobrem juntos cerca de 44 milhões de pessoas, das quais 37 milhões se encaixam na categoria de 65 anos ou mais e o restante, cerca de 7 milhões nas outras condições de portadores de deficiência ou amparadas na seguridade social.

A tendência de crescimento e hegemonia do sistema de cuidados gerenciados (*managed care*), que se expandiu ao longo dos anos oitenta e noventa, com a consolidação das HMO's (*Health Maintenance Organizations*) se afigura como irreversível, com impactos sobre a configuração geral do sistema de saúde norte-americano, sobre as formas de remuneração e sobre as modalidades de vinculação dos médicos às organizações e serviços de saúde. Em dezembro de 2004 somavam cerca de 70 milhões o número de pessoas vinculadas à HMO's em todo o país.

Apesar de um gasto de saúde que se aproxima dos 16% do PIB do país, estima-se em cerca de 46 milhões o número de pessoas descobertas por qualquer forma de seguro de saúde.

O sistema hospitalar tem uma tradicional preponderância de hospitais mantidos por entidades e organizações não lucrativas e da comunidade (*non profit hospitals*). Em 2004 estes somavam 2.967 dos 5769 hospitais existentes no país, reunindo 567.863 dos 955.768 leitos hospitalares disponíveis. No entanto, a participação da iniciativa privada e de grandes corporações lucrativas no segmento, vem crescendo ao longo dos últimos 30 anos, inclusive por meio da compra, incorporações e formação de parcerias. Os hospitais lucrativos detinham a propriedade de 835 hospitais e 112.693 leitos hospitalares. O

governo federal detinha a propriedade de 239 hospitais e os estados e localidades 1.117 unidades com 47 mil e 128 mil leitos, respectivamente (Health, United States, 2006).

Estima-se em 744 mil o número de médicos ativos exercendo a profissão, dos quais cerca de 540 mil baseados em consultórios privados – em que pese não exclusivamente (dados de 2004). Os médicos são remunerados sob diversas formas, combinando-se métodos retrospectivos (*fee-for-service*) e prospectivos (capitação e assalariamento) em função de fatores de mercado, da especialidade e do ambiente de prática médica – prática isolada ou em grupo, em áreas de alta ou baixa concentração planos de cuidados administrados (*managed care*) etc.

O sistema de pagamento por serviço prestado (*fee-for service*), contudo, é predominante embora hospitais públicos especializados, hospitais gerais de HMOs (*health maintenance organizations*), hospitais psiquiátricos e hospitais ligados à escolas médicas deterem com freqüência corpos clínicos “fechados” com assalariamento dos médicos.

Tradicionalmente a norma praticada nos hospitais gerais dos USA era a de deterem corpo clínico “aberto” de médicos remunerados por serviços prestados (*fee for service*). Entretanto, a partir de meados dos anos noventa vem se observando uma tendência crescente de contratualização formal de hospitais com médicos e grupos médicos em resposta ao crescimento do sistema de cuidados administrados e às políticas de contenção de gastos. Na virada do milênio cerca de 66% dos hospitais americanos possuíam contratos de longo termo com um ou mais grupos médicos, mais que o dobro do existente em inícios dos anos 90 (Cuellar and Gertler, 2002).

Num recente survey telefônico realizado junto a esse tipo de organização médica em todo o país (grupos médicos e IPAs independent practice associations) Robinson e cols (2004) encontraram que aproximadamente um quarto dos médicos eram pagos exclusivamente por serviços prestados ou atos (*fee-for-service*), aproximadamente um quarto eram pagos em bases puramente prospectivas (por capitação ou salário sem adicional por produtividade), e mais da metade dos médicos eram pagos sob formas que combinavam métodos retrospectivos e prospectivos. Grupos médicos e IPAS em áreas de alta concentração de mercados de cuidados gerenciados (*managed care markets*) utilizavam

significativamente menos o pagamento por serviços prestados ou atos e mais o assalariamento e a capitação.

1.1. A remuneração de serviços médicos no MEDICARE

O Medicare é um programa federal de seguro de saúde, criado em 1966, que provê seguro médico para cerca de 44 milhões de pessoas (dados de 2007). O orçamento global para o programa estimado para 2007 foi da ordem de 427 bilhões de dólares.

A remuneração de serviços médicos no MEDICARE corresponde ao pagamento de consultas, procedimentos cirúrgicos e outros serviços de propedêuticos e terapêuticos levados a cabo por médicos em seus consultórios, em hospitais, ambulatorios, serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, domicílios, entre outros arranjos de prática. Em 2004, cerca de 560 mil médicos receberam por serviços prestados a pacientes cobertos pelo programa, sendo que perto de 500 mil atenderam 15 (quinze) ou mais pacientes cobertos (2006, MEDpac). Em 2006 foram gastos perto de 60 bilhões de dólares americanos com o pagamento de serviços de médicos no Medicare, o que correspondeu a cerca de 17% dos gastos totais com o programa naquele ano.

O Medicare remunera os médicos baseado numa lista de serviços prestados e o pagamento é baseado numa espécie de “tabela de honorários médicos”, chamada *physician fee schedule* (PFS), uma escala de valores relativos que precifica os serviços com base no uso de recursos (para detalhes ver quadro 2).

Três componentes dos serviços médicos são levados em conta na determinação do custo unitário de cada serviço: a quantidade de trabalho médico requerida; as despesas relacionadas com a manutenção dos locais de prática, equipamentos, insumos e encargos com a prática médica, inclusive o emprego de pessoal auxiliar e administrativo; e os custos dos seguros de erro profissional. Estes três componentes basilares são traduzidos em unidades de valor relativos, ponderados e convertidos em equivalentes monetários que servem de base para a determinação dos pagamentos. Os valores obtidos são ajustados por diferenças geográficas observadas nos custos dos recursos e variações de mercado no preço dos insumos. Os valores finais obtidos são multiplicados por uma quantidade pré-

determinada de dólares, chamada fator de conversão. Os médicos recebem bonificações de até 10% desse valor para atenderem em áreas nas quais há déficit na oferta de profissionais e dificuldade de retenção de profissionais². Desconta-se do pagamento final, em todos os casos, quaisquer pagamentos efetuados pelos beneficiários do programa realizados a outros planos e seguros privados de saúde suplementar. Em média, o componente “trabalho médico”, corresponde a pouco mais de 50% do total do valor relativo para cada serviço. O fator de conversão é ajustado anualmente levando-se em conta uma espécie de “teto” de crescimento estabelecido no sentido de manter o crescimento dos gastos dentro de valores sustentáveis e compatíveis com o crescimento da economia, o assim chamado sistema SGR (*sustainable growth rate system*). A autoridade administrativa responsável pela determinação dos valores do pagamento são os Centros de Serviços para o Medicare e Medicaid (*Centres for Medicare & Medicaid Services*).

Entre 2000 e 2006 os gastos com o pagamento de médicos cresceram a taxas acima de 9% ao ano - contra um crescimento do custo de vida de cerca de 2,5% a.a. (Hackbarth, 2007). O crescimento das despesas com a remuneração dos médicos pressiona não apenas o orçamento do governo federal mas também o orçamento das famílias, colocando sérias preocupações com a sustentabilidade dos serviços. Nesse contexto crescem as pressões para reformas mais efetivas no sistema de pagamento dos médicos que, além de promoverem objetivos de eficiência e qualidade dos gastos promovam incentivos para a melhoria da qualidade, da coordenação de atividades e do uso mais razoável de recursos (Hackbarth, 2007).

² A partir de 31 de dezembro de 2007 será remunerado um bônus adicional, de 5% do valor final, para médicos que pratiquem em áreas de comprovada escassez de médicos (*physician scarcity areas*) determinadas de forma diferente para médicos na atenção primária e especialistas.

Quadro 2

O sistema de pagamento de médicos no MEDICARE: breve histórico e situação atual

Em finais de 1989, o Congresso norte-americano passou uma legislação destinada a reformar o sistema de remuneração de serviços profissionais médicos praticado pelo Medicare. O sistema proposto, denominado RBRVS (resource-based relative value scale), baseia os valores de pagamento em três componentes principais: o trabalho do médico; as despesas de prática; e os riscos da prática (custos do seguro de responsabilidade profissional).

William C. Hsiao e colaboradores escreveram trabalho pioneiro no assunto, publicado na Health Care Financing Review em 1979. Posteriormente, o mesmo Hsiao e Peter Braun (1985) irão aprofundar seus estudos no campo. Estes autores, ligados a Harvard School of Public Health, de Boston, além de outros, desenvolverão as bases e a estrutura conceitual do método. O HCFA (Health Care Financing Administration) encomendará os estudos de factibilização do método.

Hsiao e colaboradores (1992) reportam três fases no desenvolvimento do RBRVS. A primeira fase, que se dá entre 1986 e 1988, é caracterizada pelos autores pelo desenvolvimento e teste do método, principalmente em relação a problemas de comparação de trabalho de diversas especialidades em termos de valor. Na fase de avaliação dos estudos, realizada por comissões de especialidades, organizações médicas e “corpos de políticas”, se concluiu que o método fornecia valiosas medidas para o trabalho médico e para a comparação de valor de trabalho e de especialidades: o trabalho de especialidades podia ser comparado numa escala comum de valores.

Em 1989, baseado no resultado desses estudos avaliativos, o Congresso norte-americano aprovou uma legislação na matéria, propondo uma reforma do sistema de pagamento do trabalho médico baseado no RBRVS (“The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989”). Para a implementação da lei, entretanto, foi proposto um programa de estudos no sentido de refinamento do método, principalmente em relação à determinação de valor de serviços não pesquisados, a estimativas de custos de serviços e a determinação de valores de trabalho pré e pós performance do serviço.

O desenvolvimento de um método para o estabelecimento de uma escala de valores relativos baseados em recursos para pagamento de serviços médicos se coloca à frente de três séries maiores de problemas (HSIAO, 1992): (i) dificuldade de se medir os inputs de recursos necessários ao trabalho médico, na medida em que os métodos para tal não estão bem estabelecidos e há uma dificuldade para gerar uma tabela comum para todas as especialidades; (ii) a variação do espectro de serviços performed pelos médicos e (iii) problemas com os sistemas de codificação e classificação dos serviços médicos.

A solução para parte destes problemas esteve, em um primeiro momento, na utilização de um sistema de classificação de procedimentos para medir os custos dos serviços. Utilizaram um sistema denominado como CPT-4 (American Medical Association, 1991), Physician’s Current Procedural Terminology. Este sistema de codificação discrimina mais de 7000 diferentes serviços, procedimentos médico e tipos de visita. A complexidade desses serviços é aprofundada pela variação das condições dos pacientes. Daí, tornou-se necessário o estabelecimento de casos típicos, o que só foi possível a partir da opinião de experts da própria profissão.

Identificou-se, conforme já comentamos, três tipos principais de recursos que entram na composição de custos do serviço médico, ou que participam como input de recurso para a performance deste serviço: (i) o trabalho total do médico (TW); (ii) os custos da prática, incluindo custos de prêmios de seguro (PC); e (iii) o valor amortizado dos custos de oportunidade de pós-graduação de especialidades (AST) ou custo de oportunidade para treinamento especializado.

A fórmula utilizada é a seguinte: $RBRV = TW + PC + AST$

Em primeiro lugar, a determinação do trabalho total do médico levou em consideração os dois fatores: o tempo e a intensidade (esforço) do trabalho. A intensidade é composta por várias dimensões, como (a) esforço mental e julgamento clínico; (b) esforço físico e habilidades técnicas e (c) stress devido aos riscos potenciais ao paciente. Para o cálculo do tempo observou-se três períodos: a) tempo pré-serviço; b) tempo intra-serviço (quando o médico vê, atende e procede com o paciente) e c) tempo pós-serviço. É interessante observar que as esferas (a) e (c) correspondem aos serviços realizados para o paciente antes e depois do ato médico em si.

Os passos e processos utilizados para operacionalizar o método foram os seguintes: 1) a formação de grupos de Consultores com expertise no trabalho médico (em geral especialistas); 2) a convocação de um seminário nacional para discussão e análise da metodologia e avaliação do projeto em curso; e finalmente 3) estabelecimento dos componentes técnicos.

O estabelecimento de componentes técnicos, por sua vez, levou em consideração outros três fatores, sendo eles: (3.1) a estimativa de magnitude, uma escala cardinal de preferências para avaliação objetiva do trabalho e de seus componentes, sendo este um meio de se medir preferências e julgamentos subjetivos e objetivá-los numa escala de proporções (ratios), preferencialmente que ordinal ou cardinal. São modelos replicáveis e reproduzíveis, quer dizer os resultados são validados por repetição demonstrada (ver ELSTER, 1991). O segundo fator utilizado, neste caso, foi denominado como (3.2) medida de trabalho intra-serviço. Para defini-lo, usou-se uma escala de estimativa de magnitude tal qual descrita em 3.1. O trabalho intra-serviço correspondeu ao “face to face” do trabalho médico-paciente no caso de avaliação e administração de cuidado. Para procedimentos invasivos só foi considerado o procedimento invasivo em si. O resto foi considerado pré e pós serviço. A fator utilizado no estabelecimento de componentes técnicos foi (3.3) o trabalho pré e pós serviço, que consiste em aproximadamente 50% do trabalho total de especialidades cirúrgicas típicas e aproximadamente 30% do trabalho de avaliação e administração de cuidado. O pré e pós-operatório tem identificação mais imediata: visitas pré e pós-operatórias e visitas pós-operatórias no consultório do cirurgião são unidades facilmente desagregáveis e observáveis. Para o trabalho clínico, entretanto, a identificação já não é tão simples e direta.

O componente “trabalho médico” corresponde, em média, a 52% do valor total relativo de cada serviço. Os valores iniciais relativos do trabalho médico foram baseados nos resultados de um estudo da Universidade de Harvard. Os fatores utilizados para determinar o trabalho médico incluem o tempo necessário para a realização do serviço; as habilidades técnicas e o esforço físico; o esforço mental e o julgamento necessários; e o stress desencadeado pelo risco potencial ao paciente. Os valores relativos do trabalho médico são revisados anualmente, afim de considerar as mudanças na prática médica. É necessário acrescentar também que a legislação que regula a “Escala de Valores Relativos Baseada em Recursos” requer os Centros para Medicare e Medicaid Services para revisar toda a escala em, pelo menos, cinco em cinco anos.

O componente “despesas da prática” corresponde, na Escala de Valores, por uma média de 44% do valor total relativo de cada serviço (dados de 2006). Os valores relativos das despesas da prática foram baseados em uma fórmula, que utiliza a média dos valores aprovados do Medicare de 1991 (ano anterior ao da implementação da Escala) e a proporção de cada revisão de especialidade que é atribuível às despesas práticas. Em Janeiro de 1991, todavia, a CMS iniciou uma transição para os valores relativos das práticas médicas baseados nos recursos de cada código do CPT que difere com base no local do serviço. Em 2002, ocorreu a transição total dos custos de prática baseados em recursos.

Em 1º de Janeiro de 2000, a CMS implementou unidades de valores relativos de seguros profissionais (PLI) baseados em recursos. O componente PLI da Escala corresponde a uma média de 4% dos valores totais relativos de cada serviço. Com essa implementação, juntamente com a transição final para as unidades de valores relativos dos custos práticos baseados em recurso em 1º de Janeiro de 2002, todos os componentes da Escala foram baseados em recursos.

Modificações anuais para os valores relativos do trabalho médico são baseadas nas recomendações de um comitê que envolve a AMA e as sociedades nacionais de especialidade médica. O comitê (RUC) foi formado em 1991, a fim de fazer com que as recomendações da CMS sobre os valores relativos estivessem de acordo com código novos ou revisados no “Current Procedural Terminology” (CPT). Atualmente, praticamente 12.000 códigos de procedimento foram definidos no CPT, e os valores relativos da RBRVS foram originalmente desenvolvidos para corresponder às definições de procedimento especificadas pelo CPT.

2. *Canadá*

No Canadá, em que pesem as diferenças observáveis nas diversas províncias, pode-se dizer que os serviços médicos ainda são predominantemente prestados em consultórios de médicos particulares e pagos por honorários que remuneram atos ou serviços. Os grupos e as empresas de medicina são menos comuns do que nos Estados Unidos, sendo que a maioria das existentes são cooperativas de trabalhadores. No Canadá, predominam hospitais gerais de propriedade e controle comunitário (de propriedade de fundações, governos das províncias e ordens religiosas) nos quais o corpo clínico é aberto, e cada paciente é de responsabilidade de seu médico particular. Exceção ocorre por conta dos hospitais de escolas médicas. Estima-se que os hospitais lucrativos representam apenas cerca de 5% dos hospitais existentes.

Em 2003 existiam cerca de 60 mil médicos ativos no Canadá, dos quais pouco mais de 53 mil recebiam algum tipo de pagamento por serviços ou ato (*fee-for service*) dos planos de saúde das províncias (Canadian Institute for Health Information, 2003).

Os médicos se organizam em associações médicas em cada uma das províncias que negociam com os respectivos governos um orçamento anual. Os governos locais das províncias limitam o crescimento global dos orçamentos com as associações médicas a quem compete a distribuição dos incrementos entre as várias especialidades. Desde finais dos anos oitenta, no bojo das reformas dos sistemas de regulação profissional e setorial, os governos provinciais tem posto em prática medidas de contenção de custos, por meio da negociação de objetivos de crescimento global anual de gastos com despesas médicas, redutores de rendimentos individuais acima de tetos fixados anualmente e restrições do volume para os códigos de atendimento mais caros que podem ser faturados por pacientes.

O Canadá é reconhecido por adotar uma abordagem mais negocial sobre a questão da remuneração de serviços médicos, investindo mais na construção de uma “maquinaria” institucional de negociação de preços dos serviços médicos entre os

governos federal e das províncias e a profissão médica, desde a perspectiva de que a negociação e o desenho de tabelas de honorários e serviços, mais que uma questão técnica, é inerentemente uma questão política, que envolve a solução política de conflitos de interesse (Glaser, 1989).

3. Japão

Em outubro de 2006 existiam 173,200 organizações médicas em atividade no Japão, das quais cerca de 9 mil eram classificadas como hospitais (estabelecimentos com mais de 20 leitos). O número de hospitais tem decrescido desde a década dos noventa, como ocorreu em outros países do mundo (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2006). Observa-se uma tendência crescente de procura e uso pelos pacientes de estabelecimentos ambulatoriais antes da busca de estabelecimentos hospitalares o que corresponde a metas estabelecidas pela política de saúde do governo, no sentido de contenção dos crescentes custos setoriais. De fato, no passado, a maior parte dos pacientes, especialmente idosos, buscavam antes atenção médica em estabelecimentos hospitalares, mesmo para aquelas patologias mais simples. Esta reversão de tendência respondeu a políticas governamentais, e em parte se deveu à adoção de políticas diferenciadas de remuneração dos médicos e dos serviços de saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar (Ministry of Health, Labor and Welfare) introduziu um sistema de remuneração, o *Diagnostic Procedure Combination* (DPC), um montante fixo de remuneração de procedimentos diagnósticos combinados para pacientes internados baseado no pagamento de serviços por dia de internação a despeito do volume de exames e medicamentos administrados por dia. O sistema DPC classifica as enfermidades em 1440 categorias e estabelece um pagamento médico fixo de acordo com a categoria da enfermidade. O sistema ainda está em implantação, cobrindo cerca de 20% dos leitos oferecidos pela rede hospitalar. Devido a não redução significativa dos custos o Ministério estuda a mudança do sistema de pagamento, desde a forma atual, na qual se paga o tratamento por dia para o pagamento por admissão, um sistema mais próximo ao sistema

DRG (*Diagnostic-Related Groups*) praticado nos Estados Unidos para pagamento de provedores hospitalares.

Apesar do mercado privado de cuidado a saúde ser a maior parte no serviço de saúde do Japão, um grande arcabouço público é crucial na sustentação econômica e no gerenciamento de saúde. Os vários tipos de seguro de saúde no Japão pagam a o cuidado médico com base nos honorários. Praticamente os médicos dos hospitais públicos ou privados, são contratados por salário com tempo integral. A hospitalização é paga com base nos honorários, através do seguro de saúde, mas o pagamento profissional é feito para o hospital e não para o médico. O hospital paga um salário para o médico, a partir de seu ganho total.

4. França

Todos os cidadãos e residentes legais da França são cobertos pelo seguro de saúde público, o qual faz parte do sistema de seguridade social, instituído em 1945, no fim da segunda grande guerra. Os fundos de saúde, constituídos como entidades não estatais, são administradas por federações de empregados e empregadores sob supervisão do Estado.

Em 2004 existiam aproximadamente 200 mil médicos em atividade no país, metade dos quais eram especialistas.

Os médicos trabalham geralmente em dois tipos básicos de prática: (i) hospitais públicos e (ii) consultórios, clínicas e outros arranjos de prática privada.

Cerca de 35% dos médicos trabalham em serviços públicos (25% em hospitais e os demais em outros serviços públicos). Nesses casos, são servidores públicos remunerados por salário fixado pelo governo. Nos hospitais públicos os médicos podem ter alguns leitos para pacientes particulares que através do seguro de saúde (com co-pagamento) paga honorários particulares para o médico do hospital.

Estima-se que em torno de 56% dos médicos trabalhem na prática privada onde são pagos por serviços prestados ou honorários (*fee for service*). Nos hospitais privados lucrativos internam somente pacientes particulares e os médicos são pagos por serviços.

Em hospitais privados não lucrativos parte do corpo clínico é assalariado e parte é aberta para a comunidade médica (ROEMER, 1991).

Assim, o pagamento por serviços ou atos (*fee-for-service*) é a forma dominante de pagamento dos médicos na França. Os pacientes pagam adiantado e são posteriormente ressarcidos pelo seguro de saúde público.

Com efeito, assim como em outros países, um importante valor no sistema de saúde francês é o conceito de medicina liberal - tanto para médicos como para pacientes - no qual há livre escolha de médico pelo paciente, a clientela é canalizada através de processos informais, há liberdade no estabelecimento das condições de tratamento e negociação mais ou menos livre da remuneração entre médico e paciente. A união entre médico e pacientes em torno desse valor tem provocado confrontações persistentes com o governo e os vários fundos de saúde. Apesar dessas controvérsias, os médicos podem escolher em ser assalariados por tempo integral ou parcial em hospitais ou trabalharem em ambulatórios onde podem decidir se participam ou não do Sistema Nacional de Saúde da França (GODT, 1987).

Do ponto de vista normativo, os médicos que atuam em arranjos privados de prática - representados pelos sindicatos da categoria - e o governo, deveriam fixar em convenção (contrato coletivo) as condições de trabalho e a remuneração bem como o preço dos serviços da profissão a cada cinco anos, o que não ocorre, na prática. A primeira convenção só veio a ser assinada em 1971 e a última, levada a cabo no decorrer de 1998, revelou um impasse, sendo assinada apenas com os médicos generalistas. A situação atual é de alta conflitividade permanecendo o impasse entre os médicos (particularmente os especialistas) e os fundos de saúde, em torno à medidas de limitação de gastos com cuidados extra-hospitalares (pacientes externos), controles externos à profissão sobre parâmetros da prática e preços de serviços.

Assim como o Canadá, a França é reconhecida pelo pesado investimento em estruturas e mecanismos de negociação, especialmente sobre remuneração e preços de serviços, entre médicos, terceiros pagadores e governo. Diferentemente dos Estados Unidos, nestes países, pressupõe-se que o desenho de tabelas de honorários e serviços, mais

que uma questão técnica, é inerentemente uma questão política, que envolve a solução política de conflitos de interesse (Glaser, 1989).

5. Inglaterra

O Sistema Nacional de Saúde Inglês foi instituído, em 1948, sob o princípio fundamental de prover, desde o setor público, serviços de saúde para todos os cidadãos, gratuitamente, de acordo com as necessidades de saúde, independentemente da capacidade de pagamento de cada cidadão individual. Do ponto de vista mais geral do financiamento, o sistema se sustenta num sistema tributário baseado em impostos progressivos. Esta “regra de ouro” vem sendo mantida desde então, a despeito das inúmeras reformas e crises do sistema e apesar das profundas mudanças de cunho privatizante e do programa de desregulamentação geral da economia levados a cabo pelo governo inglês, sobretudo durante a década de 1980.

Com relação aos médicos, estes trabalham tradicionalmente em dois “arranjos” de prática fundamentais: um sistema de atenção primária, no qual os médicos generalistas (*General Practitioners –GPs*) detêm predominantemente contratos independentes (não-assalariados) e são remunerados por capitação e um sistema de atenção secundária, no qual os médicos são contratados para trabalharem como especialistas hospitalares (*hospital consultants*) e são remunerados por salários.

Conforme se sabe, ao largo das décadas dos 80 e 90 do século passado, o NHS constituiu-se em palco privilegiado para ensaios e experimentação de formatos organizativos e institucionais que tiveram como ponto comum a busca dos chamados isomorfismos de mercado. A emulação, pelos agentes das organizações públicas, de comportamentos e práticas gerenciais típicas de organizações mercantis com fins de lucro, mesmo que conservando-se a gratuidade dos serviços oferecidos à população, traria, na retórica então praticada, uma gama de efeitos benéficos em quesitos tão essenciais como a qualidade dos serviços, o acesso, a ampliação das oportunidades escolha pelos pacientes, a eficiência, a responsividade e a equidade, sem comprometimento daquela “regra de ouro” (Ferlie et al, 1996). A Lei da Assistência Comunitária e do NHS, de 1990, introduziu

poderosos incentivos para criação de para-mercados no setor público, induzindo mudanças de impacto mais ou menos generalizados. (Ferlie et al, 1996). Funções e estruturas, como a saúde, que permaneceram sob propriedade e responsabilidade do governo, ou seja, dentro do setor público, deveriam orientar-se com base em valores gerenciais e de mercado. Nesse contexto, a opinião dominante recomendava, além da descentralização e autonomização das organizações, a separação entre funções de compra e de prestação de serviços. Naquelas organizações e instituições que tinham antes estas funções integradas verticalmente sob o mecanismo hierárquico, o figurino adotado propugnava a separação das funções em dois tipos distintos de organizações – as de compra e as de prestação de serviços – sendo que as relações entre elas, passariam a ser governadas por contratos de tipo especial, a exemplo dos contratos de gestão, no lugar do tradicional mecanismo hierárquico. O financiamento dos para-mercados permaneceu sob responsabilidade e mando do governo, no setor público e o número crescente de organizações prestadoras de serviços independentes que foram desde então criados ou reformados, entraram em competição pelos contratos.

As mudanças operadas na legislação tiveram impacto mediato (ou tardio) sobre as formas de remuneração e vinculação dos médicos ao sistema e mais imediatos sobre a própria estrutura das organizações de saúde do sistema nacional. Abriu-se o caminho legislativo para a emergência de um para-mercado na assistência médica na medida que o NHS

“gradualmente se dividia em compradores (as agências distritais de saúde no papel de macro-compradores), clínicos-gerais (GPs) ordenadores de despesa (no papel de micro-compradores) e “prestadores de serviços” (organizações semi-autônomas do NHS e prestadores de serviços não estatutários)” (Ferlie, et al, 1996: 100).

Seja como for, em meados da década dos noventa, a maioria dos hospitais do NHS já se estruturavam como organizações semi-autônomas. Estas foram crescentemente encorajadas a introduzir novas fontes de recursos e financiamento privados, inovação indutora de uma série de efeitos agregados perversos, como a seleção adversa e a segregação de clientela, entre outros. Em menor escala, procedeu-se a entrada dos clínicos gerais (GPs) no esquema de ordenadores de despesa (micro-compradores), ao passo que as antigas organizações

distritais, num esforço de reorganização, buscaram fundir-se em consórcios ou formarem associações *ad hoc*, consumindo consideráveis recursos gerenciais e tempo nesses esforços. Maynard (1993, apud Ferlie, 1996) aponta como desvantagens das reformas o aumento dos custos administrativos.

Independentemente do forte componente ideológico que em geral cerca a discussão sobre o impacto das reformas orientadas a valores de mercado efetuadas ao largo dos noventa, ponto consensual entre os diversos atores, era o de que o sistema de saúde britânico padecia, no início dos anos 2000, de baixo financiamento, particularmente quando comparado a outros sistemas da Europa e desempenho das organizações e profissionais muito aquém do necessário, tendo em vista as necessidades de saúde do país. Entre as mazelas comumente apontadas, encabeçavam a lista problemas tais como:

- longo tempo de espera dos pacientes para quaisquer níveis do sistema – da marcação de consulta com o médico geral (GP), passando pela consulta com especialista até a realização de uma cirurgia - mais de 1 milhão de pessoas na lista de espera e num tempo de espera extremamente grande;
- milhões de pessoas migrando para seguros e planos de assistência privada;
- baixa capacidade orçamentária de organizações hospitalares que na busca de financiamento alternativo no mercado abandonava à desassistência ou ao subcuidado os pacientes mais pobres; deficit e crescente descontentamento dos profissionais de saúde etc.

Nesse contexto, em meados de 2000, a administração Blair estabeleceu uma agenda de reformas para o sistema de saúde anunciada pelo governo como “*a mais revolucionária por toda uma geração*”, conforme expresso no documento “O Plano do Sistema Nacional de Saúde: um plano para investimento, um plano para reforma” (“*The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform, 2000*”) . Investir mais em saúde, por meio de aumento sustentado do financiamento e Reformar o setor, modernizando suas instituições, práticas e ferramentas da gestão pública, com foco no paciente; priorizar o acesso, aumentando as oportunidades de escolha; diminuir os longos tempos de espera e melhorar a qualidade dos

serviços prestados, se colocaram como pontos centrais da agenda. Tratou-se de um programa de investimento e reforma para os próximos 10 anos (Blair, 2006).³

A partir de então, o governo vem, por um lado, aumentando de forma sistemática o financiamento público do Sistema Nacional de Saúde (NHS) com o objetivo de alcançar cifras relativas ao PIB semelhantes às médias praticadas nos demais países da União Européia. Como consequência, os gastos com saúde na Inglaterra corresponderam, em 2003, a cerca de 7,7% do Produto Interno-Bruto do país, com metas de crescimento do financiamento público de 7% ao ano até 2008 .

Por outro lado, no sentido das reformas, medidas foram adotadas visando aumentar a autonomia dos serviços locais de saúde, por meio de delegação de poder do governo central. Assim, organizações locais do NHS com melhor desempenho junto aos pacientes ganharam maior autonomia sobre seus próprios negócios (The NHS Plan, 2000). No âmbito nacional-central, o Departamento de Serviços de Saúde, órgão vinculado ao Secretário de Estado da Saúde, estabelece os padrões nacionais a serem observados por constante avaliação e monitoramento. Da mesma forma, visando assegurar níveis adequados de recrutamento e retenção dos médicos gerais e especialistas nas organizações do Sistema Nacional de Saúde, o governo modernizou os contratos tanto para os médicos clínicos gerais (médicos de atenção primária) quanto para os médicos de hospitais (atenção secundária), que permaneciam em suas características básicas sem maiores alterações desde o seu estabelecimento com a criação do NHS em 1948⁴. Assim, metas de qualidade e de resultados para identificação, tratamento e acompanhamento dos pacientes foram

³ Num documento de maio de 2006 à sua Secretária de Saúde, o então Primeiro-Ministro, Tony Blair realçava o momento crucial pelo qual passava o programa de 10 anos de investimento e reformas em saúde, no seu sexto ano e recordava alguns pontos essenciais do plano, entre eles : (i) melhorar o leque de oportunidades de escolha dos pacientes no NHS, o que incluía reforçar os esquemas de pagamentos por resultados (*payment by results*), (ii) aplicar o aumento do gasto e dos investimentos na melhoria da produtividade (evitar a captura ou práticas do tipo *rent seeking*); (iii) aumentar o acesso e diminuir os tempos de espera: a promessa feita ao povo inglês era a de que nos fins de 2008 as pessoas não teriam que esperar mais que 18 semanas entre a referência do médico clínico e uma operação no NHS).

⁴ Na verdade, desde 1998, um número crescente de GPs vinham trabalhando sob um novo tipo de contrato, o contrato PMS – *Personal Medical Services* - no qual os GPs eram remunerados na base do alcance de padrões de qualidade e necessidades particulares de populações específicas, a exemplo de comunidades de minorias desassistidas e da identificação, tratamento e acompanhamento de determinadas enfermidades prevalentes. Nesses contratos, os médicos generalistas (GPs) também podiam escolher sair fora da condição habitual de contratante autônomo independente não-assalariado para a condição de assalariado em tempo integral ou parcial.

estabelecidas e vinculadas aos contratos com médicos clínicos gerais e especialistas, detentores independentes de contratos e assalariados, e somadas ao montante de remuneração (*target payment*).

Arranjos de Prática Médica no NHS

Conforme dito, os médicos se filiam a dois “arranjos” de prática fundamentais no NHS: o sistema de atenção primária, no qual os médicos generalistas (*General Practitioners – GPs*) detêm predominantemente contratos independentes (não-assalariados) e são remunerados por capitação; e o sistema de atenção secundária, no qual os médicos são contratados para trabalharem como especialistas hospitalares (*hospital consultants*), sendo pagos por salários. Em 2004, o NHS contava com 42.590 médicos generalistas (GPs) e 36.800 consultantes em hospitais.

Médicos Generalistas - GPs

Os GPs podem obter rendimentos de uma ampla variedade de atividades profissionais mas seu papel tradicional, o centro gravitacional da atividade, é representado pelo do médico de família trabalhando, em serviços médicos gerais, no setor de cuidados primários do NHS. A maioria deles são contratados como autônomos independentes (não assalariados), remunerados por capitação, através de listas de pacientes. No novo contrato estabelecido em abril de 2004, estabeleceu-se um mecanismo de contratação baseado na prática, mais que no contrato estabelecido individualmente com cada médico. A lógica é a de seguir, no pagamento, o paciente mais que o médico, no sentido de evitar o problema comum dos contratos antigos no qual a perda de um médico para a prática redundava na perda dos pagamentos per capita na lista. O contrato inclui a provisão de serviços essenciais e complementares. Pagamentos por meta de qualidade são importante parte do novo contrato, com práticas sendo remuneradas em até 1 mil pontos de qualidade por ano⁵, sob o Quadro Referencial de Qualidade e Resultados - QOF (*Quality and Outcomes Framework*). As recompensas por metas não são pagas individualmente mas para os grupos de prática no sentido de incentivar o trabalho de equipes e os resultados de grupo.

⁵ Com cada ponto valendo 120 libras esterlinas em 2005/06 (Maynard and Bloor, 2007).

Existem, também GPs assalariados trabalhando como empregados por organizações de cuidados primários (*Primary Care Organizations – PCOs*). A expectativa do governo, no estabelecimento de novos contratos, especialmente a partir do *Plano de Investimentos e Reformas de 2000*, é a de que os generalistas pagos por salários se constituam segmento crescente e tendencialmente majoritário.

O Quadro Referencial de Qualidade e Resultados – QOF (*Quality and Outcomes Framework*), representa um esforço de introduzir-se esquemas de pagamento por resultados (*payment by results*) e metas e foi introduzido no contrato firmado com os GPs em abril de 2004. Para além do pagamento por paciente capitado da lista dos GPs, assegura-se o pagamento de recompensas para o atingimento de 10 (dez) metas clínicas e outras metas e resultados não clínicas. O atingimento de metas e resultados na área clínica envolve a identificação de pacientes sob risco na lista, seu tratamento e monitoramento, em 10 patologias, entre elas: doença coronariana, acidente vascular cerebral, cancer, hipotireoidismo, diabetes, hipertensão, asma, doença mental, epilepsia etc. Os pontos variam conforme a complexidade da condição clínica. As metas não clínicas incluem indicadores organizacionais (como manutenção atualizada de registros, comunicação com pacientes etc.); indicadores de acolhimento (como a realização de surveys com pacientes, tempo de duração de consultas etc.), entre outros indicadores.

Especialistas Hospitalares- Hospital Doctors.

Os médicos consultantes correspondem ao principal grau de carreira nos hospitais e serviços públicos de saúde. São médicos assalariados. Todos os médicos consultantes, independentemente do tipo de contrato, estão vinculados a planos de cargos que consideram, na remuneração final, suas atividades clínicas e não clínicas. O pagamento ou remuneração final leva em conta cinco componentes: salário básico; atividades programadas adicionais; prêmio de excelência clínica/pontos discricionários/prêmios de distinção; suplementos de pronto-pagamento e outras despesas.

À época do estabelecimento do Plano de Investimentos e Reformas do NHS (2000), os contratos com consultantes requeriam que estes trabalhassem entre cinco a sete sessões fixas por semana, o que era considerado pelos propositores da reforma uma abigüidade que levava a muitas distorsões. A proposta é a de que os novos contratos com especialistas de

hospitais estabeleçam sete sessões fixas por semana e que se ampliem as limitações para a assunção concomitante de arranjos privados de prática.

As reformas implementadas a partir de 2000, particularmente os aumentos sustentados do financiamento público do NHS – taxas de crescimento de 7% ao ano – e a introdução de recompensas para o atingimento de metas, sem o rigoroso controle e o monitoramento da produtividade, carregam o risco da “captura” das rendas excedentes por parte dos grupos profissionais, com pouca ou nenhuma repercussão sobre a quantidade e a qualidade dos serviços prestados (Maynard and Bloor, 2007). Conforme os autores, os médicos tiveram aumentos de até 20% em seus pagamentos (alguns grupos) com pequena evidência de aumento da intensidade do trabalho ou mudanças em qualidade. Na verdade, não se tinha informações confiáveis sobre os níveis de intensidade de prática (doentes identificados, tratados e monitorados naquelas patologias) realizados anteriormente aos novos contratos, fato que impossibilitava qualquer tipo de análise do custo-benefício dos aumentos na remuneração *vis a vis* a produtividade e a qualidade. Ainda conforme os autores, os médicos britânicos figuram hoje entre os mais bem pagos da Europa. Um dos efeitos perversos da política e da prática do *rent seeking* por ela estimulada é que tem sido financeiramente razoável para os médicos optarem por práticas em tempo parcial no NHS operando simultaneamente em arranjos privados suplementares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS À GUIA DE CONCLUSÃO

A escolha entre métodos alternativos de pagamento e contratação dos médicos – o assalariamento ou o credenciamento/contratação remunerada por procedimento, ou combinação de ambos, constitui escolha estratégica para a gestão de sistemas de saúde. Distintas formas de remunerar e contratar médicos produzem impacto direto no volume de serviços prestados à população, na qualidade desses serviços e nos possíveis graus de

universalidade e equidade de acesso, sendo portanto, fator determinante da qualidade dos gastos setoriais

A sugestão irônica, mas profundamente realista de Robinson (2001), no melhor da tradição pragmatista, sobre que entre as diversas formas existentes para remunerar os médicos, pesadas as boas e as más, as três piores são a remuneração por ato (*fee-for-service*), a capitação e o salário, parece um bom começo. Parece-se sugerir que não há saída, a não ser a combinação equilibrada das virtudes excesso de umas e outras. Este é o caminho que a experiência internacional tem recomendado.

A maior parte da evidência analisada indica que a adoção dos sistemas de salários implica em custos mais baixos para o sistema de saúde, embora menores níveis de atenção médica sejam providos. A experiência internacional analisada não permite afirmações categóricas sobre os níveis de eficiência e equidade propiciados pelos distintos sistemas remuneratórios em nível macro. Algumas evidências, no entanto, apontam que o sistema de assalariamento pode ser mais eficiente e equitativo naquelas situações em que os médicos dedicam mais atenção e estabelecem prioridades na atenção aos pacientes com maiores necessidades de saúde, o que em geral, exige a combinação de métodos de pagamento, introduzindo-se, por exemplo, remuneração adicional vinculada a metas e resultados clínicos e sócio-epidemiológicos. Nestes casos, do estabelecimento de pagamentos adicionais por metas e resultados é sempre imprescindível o estabelecimento de uma linha de base para que se possa acompanhar a evolução real da produtividade e dos níveis de qualidade da atenção, no sentido de evitar comportamentos do tipo *rent seeking*.

Os sistemas retrospectivos (*fee-for-service*), talvez mais a gosto dos médicos, pelos graus mais elevados de autonomia que conferem aos profissionais costumam em geral ser mais caros. Entretanto, maiores níveis de atenção e atenção de qualidade são geralmente assegurados, com maior satisfação dos pacientes quando coexiste relativa liberdade de escolha e possibilidade dos pacientes construírem a necessária relação de confiança com o médico. É sempre bom lembrar que o serviço médico figura entre os chamados “bens de experiência” para os quais a relação de confiança revela-se sempre crucial. Para que esses sistemas funcionem bem, a um custo razoável e sem a tendência à sobreprodução de serviços desnecessários, é fundamental investir no desenho de escalas de pagamento

tecnicamente densas, como ocorre no Medicare. Ali, as “tabelas” desenhadas levam em conta, no nível “micro”, aspectos fundamentais do valor do trabalho médico - dos esforços despendidos aos custos de formação e produção e reprodução da prática dos especialistas. Além disto, nestes casos, os valores da remuneração final são ajustados, considerando-se fatores geográficos e regionais de mercado e considerações sócio-epidemiológicas.

Incentivos adicionais, como bonificações, para retenção de médicos em áreas sócio-epidemiologicamente problemáticas, que apresentam escassez de médicos e profissionais de saúde, são geralmente praticados, quaisquer que sejam os sistemas de pagamento utilizados.

Cherchiglia (2006) parece ter razão ao concluir que não existe sistema ideal, mas que os sistemas devem adaptar-se às características dos mercados de trabalho de cada uma das especialidades médicas. Acrescentaríamos que eles deveriam levar em conta, também, a dinâmica sócio-antropológica da produção e reprodução da profissão e de suas especialidades e subespecialidades na relação instituída e instituinte com as comunidades às quais servem e sem as quais não existiriam como profissão. Da mesma forma a consideração das relações entre a profissão médica e o Estado é fator determinante na escolha e combinação de modalidades remuneratórias custo-efetivas e equitativas.

Analisar as vantagens e desvantagens para os profissionais, para os usuários dos serviços e para a gestão, e após balanço criterioso, escolher formas viáveis e factíveis, tendo em vista a obtenção de compromissos estáveis e duradouros da profissão médica com serviços de saúde, plenamente acessíveis, de qualidade e equitativos, com custos sustentáveis para o país é portanto, o desafio.

É importante ainda, lembrar que qualquer que seja o sistema ou combinação de sistemas de pagamento adotado, o estabelecimento de um teto no nível dos gastos e nos níveis de crescimento dos mesmos (a exemplo do crescimento do PIB, utilizado no Medicare) é sempre essencial.

Por fim, do ponto de vista das estruturas e da gestão governamental dos sistemas de contratação e remuneração a experiência internacional tem demonstrado que o desenho de estruturas e mecanismos governamentais de negociação coletiva ao lado da construção

institucional de *expertise* técnica nos temas de compensação e valoração do trabalho médico revela-se sempre fundamental.

Anexo 1

Os quadros abaixo comparam as remunerações dos médicos especialistas em diferentes países da OCDE, desde o ano 2000 até 2004. Neste caso, a idéia de especialista se refere à médicos totalmente qualificados, que se especializaram e trabalham primariamente em áreas demais do que a clínica geral. Médicos em treinamento foram normalmente excluídos desta análise.

Os quadros estão divididos em duas “categorias de remuneração”. A primeira delas diz respeito à médicos em regime assalariado, ou seja, aqueles são empregados e que trabalham sob o Sistema de Remuneração por Tempo (salário). A segunda categoria diz respeito à médicos autônomos (*self employed*), ou seja, aqueles que trabalham sob um sistema outro que não o salário. Esses profissionais podem ser independentes ou autônomos, e são normalmente remunerados a partir de um sistema de capitação ou de fee-for-service.

Os valores explicitados nos quadros dizem respeito à renda média anual dos profissionais em cada país. Essa média de renda normalmente inclui os valores de qualquer contribuição social, impostos pagos pelo empregado, bem como todas as gratificações, bônus, compensações de hora-extra, pro-labores, décimos-terceiros, pagamentos de moradia, transporte, custo de vida e seguros de saúde, comissões e taxas de atendimentos recebidos pelos empregados. As despesas com custos de tratamento, no caso de médicos autônomos, foram excluídas.

Remuneração de Especialistas - Assalariados e "Autônomos", em US\$(mil)										
	<i>Assalariados</i>					<i>"Autônomos"</i>				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Austrália						155,5	146,1	165,9	208,5	
Bélgica								146,2		
Canadá							118,6	119,8	137,7	
Rep. Tcheca	7,7	8,8	11,8	14,8	16,7	10,1	13,0	15,3	18,3	19,7
Dinamarca	80,4	82,0	90,5	113,6						
Finlândia				81,8	88,9					
França						102,3e	103,7e	116,9e	146,1e	167,8e
Alemanha					88,6					
Grécia					59,1			40,3	53,2	56,0
Hungária				14,5	17,0					
Irlanda					177,8					
México	15,4	16,7	17,1	16,0	16,0					
Holanda				135,8					262,2	
Nova Zelândia	52,9	50,8	58,0	75,4	87,2					
Noruega		63,9	74,7	98,4	105,0					
Polônia		8,3	8,5		10,2					
Portugal	38,5	38,9	42,8	51,0	56,1					
Suécia			68,3							
Suíça							130,0			
Reino Unido	108,9		124,9		172,2					
EUA		170,3								

Fonte: OCDE

Remuneração de Generalistas - Assalariados e "Autônomos", US\$ (mil)										
	Assalariados					"Autônomos"				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Austrália						67,3	64,7	64,2	77,0	
Bélgica						44,0				
Canadá							80,1	80,0	91,6	
Rep. Tcheca						8,9	10,5	12,4	16,6	18,0
Dinamarca						96,4		108,8		
Finlândia	46,3	49,9	56,1	70,4	80,6					
França						65,4	64,7	74,4	95,5	104,4
Alemanha										
Grécia										
Hungária				14,2	16,2					
Irlanda										
México	13,3	14,4	14,7	13,8	13,7					
Holanda									117,4	
Nova Zelândia										
Noruega										
Polônia										
Portugal	38,5	38,9	42,8	51,0	56,1					
Suécia			60,1							
Suíça							117,2			
Reino Unido						82,2	81,9	92,0	109,9	135,6
EUA		134,6					154,2			

Fonte: OCDE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, B., LOBO, F. PELLISÉ, L. *Sistemas de Pago a Proveedores de Servicios Sanitarios en Países Latinoamericanos y de la OCDE*. Washington, D.C: OPS/OMS, 1998.

BODENHEIMER, T. “Payment Mechanisms Under a National Health Program”. In: *Medical Care Review*, v. 46, n. 1, Spring 1989.

BODENHEIMER, T & GRUMBACK, K. “Reimbursing Physicians and Hospitals”. In: *JAMA*, v. 272, n. 12, September 1994.

CHAWLA, M., WINDAK, A. BERMAN, P. and KULIS, M. *Paying the Physician: Review of Different Methods*. Boston: Harvard School of Public Health, 1997.

CHERCHIGLIA, Mariangela. *Formas de Pagamento e Prática Médica: teoria e evidências empíricas*. Washington, D.C: PAHO/WHO, 2002.

CUELLAR, A.E., AND GERTLER, P.J., *Strategic Integration of Hospitals and Physicians*, 2002

ELSTER, J. *The Cement of Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

ENSOR, T., WITTER, S., and SHEIMAN, I. “Methods of Payment to Medical Care Providers”. In: ENSOR, T. and WITTER, S (eds). *Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. New York, N.Y: John Wiley and Son Ltd, 1997.

FERLIE, E., et AL., “A nova Administração Pública em Ação”, Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP. 1999.

GIRARDI, S. N. *Regulacion Profesional y Ocupacional: un modelo para su estudio en America Latina*. Washington, D.C: PAHO/WHO, 1994. (mimeo)

GIRARDI, S. N. “Apuntes para la aplicacion de un abordaje ‘regulacionista’ al campo de los recursos humanos em salud”. In: *Revista UASB y SALUD* (Universidad Andina Simon Bolívar), v.2, n.7, Abril/Junio 1994.

GIRARDI, S. N. *Sinas de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil nos anos 90*. RH SUS/Ministério da Saúde, 1995.

GLASER, W. “*The Politics of Paying American Physicians,*” *Health Affairs, Fall 1989*.

GODT, P. “Confrontation, consent and corporativism: state strategies and the medical profession in France, Great Britain and West Germain”. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 12, n. 3, 1987.

GOSDEN, T., PEDERSEN L. and TORGERSON, D. “How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour”. In: *Q J MED*, 1999; 92.

GRIGNON, M., COUFFINHAL, A., PIERRARD, B. *Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System*. Comission on the Future of Health Care in Canada, November 2002. (Discussion Paper no 35).

HACHBARTH, G. M. (Medicare Payment Advisory Commission). “Options to improve Medicare’s Payments to Physicians”, may 2007.

HSIAO, W. C and cols. “Toward Developing a Relative Value Scale for Medical and Surgical Services”. In: *Health Care Financing Review*, v. 1, n. 23, 1979.

HSIAO, W. C. “An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based Relative Value Scale”. In: *Medicare*, 1993; 30.

LEE, P.R, GRUMBACH, K., JAMESON, W. J. “Physician Payment in the 1990s: factors that will shape the future”. In: *Annual Review of Public Health*, v.1, 1990.

MAYNARD, A., BLOOR, K., “Physician Productivity in the UK, NHS”, 2007.

MEDICI, A., GIRARDI, S. N. “Emprego, Remuneração de Pessoal e Produtividade em Saúde: um balanço da literatura recente”. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 14, Agosto de 1996.

OIT – Oficina Internacional del Trabajo. *La Remuneracion por Rendimiento*. Ginebra: OIT, 1984.

RICE, T. H. “Physician Reform in United States”. In: *Yonsei Medical Journal*, v. 32, n. 2, 1991.

ROBINSON, J ET AL. “The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physician Organizations”. In: *Health Services Research* 39 (5), 1589–1606, 2004.

RODWIN, V., “Physician Payment Reform: Lessons From Abroad”. In: *Health Affairs*, v. 9, n.1, Winter 1990.

UK, DEPARTMENT OF HEALTH. “The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform”, London, 2000.

UK Review Body on Doctors and Dentists Remuneration, Thirty-Six Report, 2007

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Health, United States, 2006

ZURN, P. and ADAMS, O. *A Framework for Purchasing Health Care Labor*. HPN Discussion Paper: World Bank Publications, September 2004.