

# Formas de remuneração que guiam: para onde?

Gustavo Gusso

Professor da Disciplina de Clínica Geral da Universidade de São Paulo

## Perguntas:

1. **A remuneração influencia no trabalho médico?**
2. **Existe uma forma de remuneração ideal?**
3. **Qual a dificuldade de mudar ou inovar em relação a formas de remuneração?**

O título deste texto é uma alusão ao lendário artigo de Lawrence Weed da década de 1960 chamado “medical records that guide and teach” (Weed, 1968). Em uma época que a informática apenas engatinhava, este autor sistematizou o registro e padronizou o que hoje é conhecido como “Problem Oriented Medical Record” ou “registro médico orientado por problemas”. Isto envolve lista de problemas e a mnemônica SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano). Com a universalização da informática, cada vez mais o registro é discutido como uma ferramenta capaz de potencializar ou de atrapalhar o trabalho do clínico.

O mesmo ocorre com as formas de remuneração. São ferramentas que podem influenciar positiva ou negativamente o trabalho e mesmo os atributos da atenção primária à saúde. O governo holandês publicou uma sistematização das formas de remuneração bastante objetiva (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007). Em resumo são quatro formas além do “budget”, ou orçamento, e do “mix”, ou seja, quando há mistura de duas ou mais destas formas constituindo componentes.

1. **Capitação:** montante fixo pela quantidade de pacientes na lista corrigido por idade, sexo, vulnerabilidade social e risco global. A correção por risco, ou seja, pagar mais pela pessoa com maior risco, nunca é perfeita embora cada vez mais tenham ferramentas para medir o peso de comorbidades como o “Adjusted Case Groups” (ACG) desenvolvido pela equipe da Professora Barbara Starfield da Johns Hopkins (ACG, 2013). Mesmo que corrija apenas pela idade já é mais justo que não corrigir porque o principal fator de risco para as doenças potencialmente fatais mais prevalentes como doenças cardiovasculares e câncer é a idade.

## Pontos positivos:

- É a única modalidade que estimula o atendimento não presencial, bastante demandado, e o fornecimento do número de telefone celular ou e-mail
- Incentiva diminuição de custos na medida em que não estimula produção apenas
- Estimula cuidado longitudinal e ações preventivas
- Estimula aumentar a lista de pacientes

## Pontos negativos:

- Risco de sub-tratamento quando a função de “contenção de custo” do médico de família vai longe demais e um tratamento efetivo não é indicado

- Risco de diminuição do número médio de consultas por paciente por ano na medida que o médico ganha por paciente e não por consulta (“frequência”)
  - Referenciamento maior do que o desejado esvaziando a função de filtro do generalista
  - Risco de pacientes com potencial de hiperutilizar o sistema, como idosos e doentes crônicos, serem evitados (o ajuste por risco pode minimizar este efeito)
  - Pode ser pouco atrativo quando os médicos de família são mais acomodados e avessos a pequenos riscos. Neste caso os médicos de família podem exigir uma capitação alta para aderirem ao sistema
2. Fee for service ou produção: sistema que remunera o profissional por cuidados ou serviços prestados.

Pontos positivos:

- Tende a estimular a produção dos serviços que melhor remuneram o que é positivo quando há um desejo de que estes serviços sejam estimulados
- Estimula melhor manejo do tempo
- Estimula diminuir o custo por unidade de serviço na medida em que incentiva a quantidade de serviço
- Premia o médico de família ou generalistas que são eficientes, trabalhadores e atrativos aos pacientes
- Ajuda a informar ao sistema as tendências que a atividade médica está seguindo
- Forma tradicional e bem compreendida de remuneração em diversas áreas e é a clássica forma de remuneração no sistema suplementar brasileiro

Pontos negativos:

- Risco de sobreutilizar os serviços
- Papel de regulador sai do médico e vai para o financeiro da instituição
- Risco de aumentar carga de trabalho com maior número de horas e pacientes atendidos
- Risco de diminuir o tempo de consulta
- Risco de diminuir referenciamento dos pacientes e restringir tratamentos necessários
- Estimula a cultura de que novas tecnologias exigem novos recursos
- Exige um sistema de controle rígido pois o médico é estimulado a mandar fatura de procedimentos que não realizou ou realizados mais lucrativos desnecessariamente, ou ainda usar códigos de problemas de saúde ou procedimentos mais caros

3. Salário fixo: o médico de família ou “gatekeeper” recebe um montante fixo para exercer a atividade de médico

Pontos positivos:

- É administrativamente simples

- Não estimula comportamento de aumento de custo
- Facilmente compreendido pelos profissionais sendo essencialmente o método usado no sistema de saúde público brasileiro. Além disso, há uma cultura latino-americana criada ao longo do tempo que atribui uma sensação de justiça a este método uma vez que se alguém que produz menos ou tem menos pacientes for pior remunerado estará sendo punido duas vezes: pela menor remuneração e por ter tido menos oportunidade na vida (Latinobarometro, 2013)

Pontos negativos:

- Não há incentivo para conter custo, atrair pacientes ou ser sensível às suas necessidades em especial de acesso ao sistema
- Incentiva o médico a diminuir seu esforço pessoal e a reduzir numero de consultas o que obriga a contratar mais médico e sobrecarregar a folha de pagamento
- Incentiva o médico a selecionar pacientes de baixo risco
- Incentiva o médico a fazer consultas burocráticas como de renovação de receita
- A função de filtro do médio generalista não é estimulada na medida em que há incentivo a aumentar referenciamento
- Risco de aumentar as listas de espera para exames e consultas com especialistas

#### 4. Pagamento por resultado ou performance (“payment for performance” ou P4P): a remuneração está ligada a metas desejáveis

Pontos positivos:

- Estimula que todos os profissionais trabalhem em sinergia por uma meta comum a ser alcançada com potencial de desviar a curva de Gauss

Pontos negativos:

- Como o profissional é pago por uma meta, em geral não há incentivo para ir além da meta (a não ser que o “excedente” seja pago por produção)
- Pode ser desestimulante quando a meta é muito difícil de alcançar. Por exemplo, se há inúmeros indicadores sendo que um deles é algum central mas difícil de alcançar como acesso e este tem o mesmo peso dos outros, facilmente o profissional abandona ele e se dedica aos mais factíveis causando uma distorção no sistema como por exemplo aumentando a cobertura de Papanicolau em detrimento de detecção precoce de tuberculoso sintomático ou mesmo diminuindo o acesso a quem não pertence a uma “ação programática”
- Risco de focar apenas nas metas abandonando pacientes que não ajudem a atingir a meta, em especial se este componente representa uma parte considerável da remuneração total

#### 5. “Budget” ou orçamento:

Esta quinta forma de “remuneração”, e que se aproxima na verdade do financiamento em si do sistema, foi testada na Inglaterra na década de 90. O profissional, ou a pessoa jurídica

criada pelos profissionais, recebe um valor para gerenciar sua área ou lista de pacientes. Envolve desde compra de material, manutenção predial e demais itens de estrutura até compra de exames e consultas com especialistas.

Pontos positivos:

- Incentiva tomada de preços na busca do serviço mais custo efetivo pelo próprio profissional demandante
- Co-responsabiliza profissionais pela gestão do sistema de saúde

Pontos negativos:

- Risco de necessitar recursos adicionais caso o orçamento estoure
- Risco de assistência de má qualidade se o generalista atrasar o referenciamento ao especialista para economizar
- Risco de selecionar pacientes de baixo risco
- Risco de perversão do sistema quando serviços secundários fazem às vezes do primário que não está contemplado no orçamento
- Estimula que o médico quando vai entrar no sistema de orçamento baixe sua atividade antes de entrar para que o orçamento seja maior pelo número de atividades realizadas no ano anterior (parâmetro)
- Estimula diminuir referenciamentos e prescrições quando está se preparando para sair do sistema de orçamento para acumular mais lucro

Os estudos apontam que deve haver um **mix** entre as quatro primeiras formas de remuneração (Gérvás e Pérez Fernández, 2008). Esta é a principal evidência nesta área. Como todas as formas tem pontos positivos e negativos, o mix tem potencial para que haja uma chance de minimização ou correção dos pontos negativos. Desta forma, a tendência é que qualquer **mix** seja melhor que uma forma única. Por causa da necessidade de simplificação em sistemas que compreendem pouco ou desconfiam do mix, caso seja exigida uma única forma, a mais equilibrada para ser adotada na porta de entrada do sistema e que ajuda na gestão da clínica é a capitação, corrigida por idade e gênero, e se possível por risco e vulnerabilidade social. Em segundo lugar viria salário fixo e em último pagamento por produção que representa um risco a custo efetividade do sistema como um todo.

O pagamento por resultado por definição nunca deve ser a única forma de remuneração e entra apenas na composição. Pode ser um indicador de resultado propriamente (cobertura vacinal, cobertura de papanicloau) mas também pode ser substituído por indicadores de processo (Donabedian, 1988) como acesso (tempo que o paciente demora para ser atendido), vínculo (tempo de permanência do profissional na unidade ou equipe) e capacitação (desenvolvimento profissional continuado). Os indicadores de estrutura estão na maioria das vezes vinculados a gestão, exceto quando o sistema é por orçamento.

O **mix** se aproxima do orçamento mas como cada componente é explícito e pré-definido, de preferência pelos pacientes, profissionais e gestores, ajuda na correção das distorções. Há

também estimulo a co-responsabilização dos profissionais pela gestão. É possível agrupar os componentes em duas duplas por semelhança:

1. Dupla com tendência a valor fixo:
  - Capitação
  - Salário
  
2. Dupla com tendência a valor variável:
  - Produção
  - Resultado

O ideal na composição do mix é misturar pelo menos um de cada dupla. Ou seja, pode não haver compensação dos pontos negativos se o mix for apenas salario com capitação ou produção com resultado. Mas mesmo estas composições sem base conceitual clara têm um potencial de benefício maior do que uma forma única. O conjunto de publicações sobre o tema permite a sugestão da seguinte fórmula:

- vínculo
- Capitação – 55%: corrigido por idade e sexo além da possibilidade de uso de instrumentos testados como ACG
  - Produção – 25%: pagar consultas e procedimentos controlando o valor unitário pela necessidade (meta), demanda e oferta, ou seja, o valor pode ser alterado para mais ou para menos ano a ano.
  - Resultado – 20%: nunca passar de 20% para que os resultados não tomem importância excessiva. Os indicadores devem ser concisos, para que o profissional não possa optar pelo menos importante e mais factível. Como há a necessidade no Brasil de estimular os processos, além da estrutura, que levarão aos resultados, a sugestão é que eles sejam ligados também aos processos neste componente do mix, atuando em sinergia com capitação.
    - Acesso: tempo que paciente demora para ser consultado com profissional de nível superior; por exemplo se 80% demora menos de uma semana o profissional ou equipe de nível superior recebe o indicador
    - Desenvolvimento profissional continuado: a ser pactuado
    - Indicadores de resultado: deve ser reavaliado anualmente conforme necessidade do sistema

O componente capitação estipula um “teto” de pessoas a constarem na lista dos profissionais o que faz com que a gestão seja responsável por atrair novas equipes para eventual excedente por nascimentos, mas em especial por processos migratórios.

O indicador vinculo, ou seja, tempo de permanência do profissional da equipe ou unidade, por exemplo a cada ano de permanência o profissional recebe um valor, por ser central pode ser destacado da fórmula e pago como um adicional fixo, ou seja, seria criado ao longo do tempo um quarto componente do tipo “salário” que pode atingir metade da remuneração global. Isso reduziria o poder de cada componente (capitação, produção e resultado). Evidentemente que se houver mudança de equipe este valor deve ser retirado. Em países com tradição de atenção primária este valor esta embutido na capitação uma vez que quando se muda de unidade

demora um tempo considerável para preencher a lista de pessoas. No Brasil, seria importante manter os dois separados para criar a cultura do pagamento por capitação e para ser justo com profissionais que estão em áreas com maior número de pessoas ou com maior carga de trabalho e também com os que permanecem muito tempo na unidade ou equipe.

Para que os três componentes não percam poder eles poderiam aumentar globalmente na medida que o profissional fica na unidade mais tempo. Ou seja, o pagamento per capita referente a uma paciente de 50 anos do sexo feminino sem problemas de saúde relevantes seria maior para quem está há 10 anos na unidade do que quem chegou neste ano. O mesmo deve ocorrer com produção e resultado para que após muitos anos o componente capitação não fique tão grande que se assemelhe a salário fixo.

Toda este acúmulo de conhecimento sobre remuneração foi destinada a profissionais generalistas, em geral médicos de família que fazem o primeiro contato. Mas provavelmente vale no Brasil para enfermeiros pois estes também são generalistas responsáveis pela porta de entrada do sistema (correspondente ao “nurse practitioner”) e as equipes na Estratégia Saúde da Família são do tipo fechadas. Ou seja, a mesma fórmula poderia ser aplicada ao médico de família e enfermeiro, com os valores respectivos, exceto o componente vínculo que é pessoal. Para agente comunitário de saúde e técnicos de enfermagem precisa mais estudos mas provavelmente salário fixo com produção seja suficiente. Há uma certa mitificação sobre o potencial do trabalho em equipe (van den Hombergh, 2005) e de indicadores para a “equipe”. Há poucos estudos sobre remuneração da “equipe”. Para especialistas médicos inverte-se a lógica até aqui exposta e os componentes produção e resultado devem ser majoritários sendo capitação minoritário. Mas deve haver o componente capitação para estimular que haja novas vagas para novos pacientes encaminhados e no resultado deve estar contemplada a devolução do paciente para atenção primária. Ou seja, o mix sempre é a regra.

A remuneração deve guiar e ajudar na gestão da clínica e do sistema como um todo, bem como na organização dos serviços. No caso do salário fixo como única forma, quanto menos consultas, maior o valor pago por consulta se o raciocínio for produtividade. Ou seja, não raro o raciocínio do profissional vem de outra forma de remuneração. No exemplo exposto, em que o raciocínio é por produção mas a remuneração real é por salário fixo ocorre não apenas com profissionais que trabalham uma parte no sistema público (salário fixo) e outra no privado (produção) mas também pode ser algo enraizado no sistema como um todo uma vez que no Brasil mais de 50% do financiamento da saúde vem do setor privado que é “sócio majoritário do sistema”. Outro exemplo é de profissionais famosos (chamados “de ponta”) que cobram caro por consulta (produção) e estão disponíveis, ou sua equipe por e-mail ou celular. O que ocorre é que embutem o componente capitação, e o risco do atendimento não presencial, no pagamento por produção. Ou seja, uma consulta que custa R\$ 500, 00, comum na cidade de São Paulo, acaba valendo aproximadamente 45 reais per capita/ por mês, o que ainda assim é um valor elevado.

Mas não é apenas a remuneração que determina o comportamento dos profissionais. Este é apenas um dos fatores (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007). Outros fatores são tão importantes quanto. O principal seria a questão **ética** que deveria permear a atividade dos profissionais da saúde. A ética pode contra-balancear os eventuais estímulos negativos. Outro fator apontado

é a existência de diretrizes clínicas que envolvem condutas em relação a sintomas e doenças, mas também a processos de trabalho, ou seja, o tempo máximo permitido para que um paciente consiga consulta, etc.. Praticamente nenhum componente tem um mecanismo para impedir excesso de exames ou prescrições. A maioria dos países com sistemas de saúde públicos universais além de diretrizes clínicas estabelecem parâmetros baseados nestas diretrizes e a responsabilidade do gestor é avaliar a prática (auditoria), oferecer capacitação e eventualmente punir com o que se chama “charge regress”, ou seja, o profissional devolve ao sistema em recursos financeiros o excedente gasto (Ruta D, 2010; Goetze-Pelka, 2010). Este processo é aceito nestes países pois o orçamento da saúde é sempre limitado e as diretrizes devem ser baseadas em evidência e elaboradas por comitês com participação de especialistas, epidemiologistas, gestores e pacientes (NICE, 2013). Um terceiro fator é a pressão do paciente ou o “controle social” como é sistematizado no SUS.

Os estudos apontam que o profissional responde de fato às mudanças do sistema de remuneração (Krasnik et al., 1990; Iversen and Lurås, 2000). Porém, sabe-se que os médicos tendem a manter a remuneração mais do que aumentá-la quando há mudança no contrato ou quando há mudança dos parâmetros. Por exemplo, se o salário fixo é congelado e há inflação, o médico tende a trocar de emprego ou aumentar a carga horária. O mesmo ocorre quando a produção é congelada, ele tende a diminuir o tempo de consulta para compensar a possível perda (Rice, 1983; Krasnik et al., 1990 e Baker et al., 1994). Alguns raros estudos que apontam o contrário do que se esperava. Por exemplo, em um estudo o profissional que recebia por produção demorou mais na consulta (Kristiansen and Mooney, 1993) enquanto em outro o assalariado demorou menos mas sem significância estatística (Gosden et al., 2000). Da mesma forma, um estudo não identificou aumento na produção por item quando este método (pagamento por produção) foi implementado (Hughes e Yule, 1992)

Muitas vezes a gestão tem dificuldade de inovar pois vive um ciclo vicioso: assume a responsabilidade pela assistência e precisa disso por razões políticas. Ao mesmo tempo não tem recursos para implementar um sistema de co-responsabilização como o mix com base em capitação. Desta forma, acaba não inovando ou fazendo “adaptações” que se distanciam das bases conceituais e se aproximam do que sempre se fez, mesmo quando o gestor é capacitado. Um exemplo que tem acontecido no Brasil é o gestor criar um componente por metas para ser acoplado ao salário fixo mas fica com receio de fazer com que haja grande variação salarial e então estipula metas fáceis (quase um check list de itens básicos que devem acontecer sempre) ou não fiscaliza adequadamente de maneira que o que era meta ou resultado se transforma em salário fixo pouco tempo após a implantação.

A “cultura” institucional ou do sistema de saúde vigente, incluindo pacientes, gerentes e profissionais, exerce uma pressão grande para que nada mude. O limite para que se aceite esta “cultura” é a incoerência ou hipocrisia que significa exigir para si um sistema de remuneração como salário fixo mas querer utilizar outro como o de produção quando necessita assistência. Isso ocorre quando prefeituras ou instituições públicas de pesquisa fazem concurso para prover seus quadros da saúde, remunera por praticamente apenas salário fixo mas oferece um plano de saúde privado aos seus funcionários. Esta é uma questão ética grave que só pode ser enfrentada quebrando ciclos viciosos ou mudando a cultura institucional.

## Referências:

1. Baker D, Klein R, Carter R. Impact of the 1990 contract for general practitioners on night visiting. *Br J Gen Pract.* 1994 Feb;44(379):68-71.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. Review.
3. Gérvas J, Pérez Fernández M. Pago por desempeño AMF 2008;4(6):344-352
4. Goetze-Pelka RE. NHS reforms. New ways to harm doctors. *BMJ.* 2010 Nov 9;341:c6309. doi: 10.1136/bmj.c6309.
5. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
6. Hughes D, Yule B. The effect of per-item fees on the behaviour of general
7. Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Econ.* 2000 Apr;9(3):199-210.
8. Krasnik, A., P. Groenewegen, P. Pedersen, P. Scholten, G. Mooney, A. Gottschau, H. Flierman and M. Damsgaard (1990), Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, 300, (6741), 1698-1701
9. Nederlandse Zorgautoriteit. An Optimal remuneration system for General Practitioners. 2007. Available from [http://www.nza.nl/104107/230942/Paper - An Optimal remunera1.pdf](http://www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf)
- practitioners. *J Health Econ.* 1992 Dec;11(4):413-37.
10. Rice TH. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Med Care.* 1983 Aug;21(8):803-15
11. Ruta D. GPs should have to take financial responsibility *BMJ* 2010; 341: doi:c5613
12. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den BoschW, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract.* 2005 Feb;22(1):20-7.
13. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med.* 1968; 278:593-600, 652-7.