

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ADRIANO LEITE SOARES

**PRESSUPOSTOS E PROPOSTA DE MODELO
PARA A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO CIRURGIÃO NAS OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE**

SÃO PAULO

2012

ADRIANO LEITE SOARES

**PRESSUPOSTOS E PROPOSTA DE MODELO
PARA A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO CIRURGIÃO NAS OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE**

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

Campo do conhecimento: Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

SÃO PAULO

2012

Soares, Adriano Leite.

Pressupostos e proposta de modelo para a remuneração do trabalho do médico cirurgião nas operadoras de planos de saúde / Adriano Leite Soares. - 2012.

197 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Cirurgiões - Brasil. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Pessoal da área médica - Salários. 4. Assistência médica. 5. Médicos – Honorários. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.257

ADRIANO LEITE SOARES

**PRESSUPOSTOS E PROPOSTA DE MODELO
PARA A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO DO
MÉDICO CIRURGIÃO NAS OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE**

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

Data da aprovação:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior
(Orientador)

FGV-EAESP

Prof. Dr. Djair Picchiali

FGV-EAESP

Prof. Dr. Luciano Eduardo Maluf Patah
HCFMUSP

Prof. Dr. Miguel Cendoroglo Neto
UNIFESP

Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado
UNICID

DEDICATÓRIA

A PAULA

A ausência de alguns momentos serve para aumentar nossa saudade e, em parte, tornar nossos momentos juntos cada vez melhores.

MÁRIO NETO E ANDRÉ,

Amigos para sempre.

A meus pais,

MÁRIO e GUIDA,

A solidez de minha formação faz com que as metas estabelecidas sejam cumpridas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. ÁLVARO ESCRIVÃO JUNIOR

“DEUS quer, o homem sonha, a obra nasce.

DEUS quis que fosses Professor”¹

“O esforço é grande e o homem é pequeno.

A alma é divina e a obra é imperfeita.

Que, desta obra ousada, é tua parte feita.”²

OBRIGADO

Pelos ensinamentos científicos e de vida,

e pela paciência nas horas difíceis.

¹ Pessoa, F. – Mensagens. São Paulo, Martin Claret, 1998, 176 p.

² Pessoa, F. – Mensagens. São Paulo, Martin Claret, 1998, 176 p.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Ana Maria Malik, Professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Coordenadora do GV Saúde, e Diretora do Proahsa, pelo acolhimento e ensinamentos realizados durante estes quatro anos de convívio.

Ao Prof. Wilson Rezende Silva, Pesquisador Associado do GV Saúde, e grande incentivador de trilhar a carreira acadêmica na Administração de Empresas.

Ao Prof. Dr. José Carlos Barbieri, Professor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, e Coordenador do eixo temático de Gestão do Meio Ambiente e Sustentabilidade, eixo temático integrado na linha de pesquisa Gestão Socioambiental e da Saúde.

Ao Dr. Ali Mohamed Kassn Awada, Presidente da Unimed de Guarulhos – Cooperativa de Trabalho Médico, pela amizade sempre presente, e por permitir a utilização dos dados da Cooperativa para realização deste trabalho.

Ao Dr. Eduardo Figueiredo, amigo e ex-Presidente de Unimed de Guarulhos – Cooperativa de Trabalho Médico, em cuja gestão na cooperativa, os dados começaram a ser levantados.

A Sra. Leila Dall'Acqua, Secretária Executiva do GV Saúde, cuja simpatia e amizade, conquista a todos, e sempre pronta para ajudar a todos nós.

Ao Sr. Fábio Leite, Chefe da Área de Informática da Unimed de Guarulhos, Cooperativa de Trabalho Médico, pelo auxílio e grande colaboração no processamento eletrônico das informações do banco de dados dos beneficiários.

A Todos os PROFESSORES, que participaram da minha graduação neste Doutorado, em que a citação nominal poderia inculir em alguma falha ou esquecimento.

EPÍGRAFE

“Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

**À parte isso, tenho em mim, todos
os sonhos do mundo.”³**

FERNANDO PESSOA

³ Pessoa, F. – Mensagens. São Paulo, Martin Claret, 1998, 176 p.

RESUMO

Os prestadores de serviços de saúde e, para este estudo, principalmente o médico, cuja atuação interfere diretamente tanto nos resultados da terapêutica instituída, como também na determinação dos custos dos diversos sistemas de saúde, têm a remuneração profissional como prioridade na agenda dos diversos participantes do setor, quer seja no Sistema Único de Saúde, quer principalmente no setor de saúde suplementar. Devido ao ritmo inflacionário do setor e às exigências estabelecidas pela regulamentação dos planos de saúde, os valores de remuneração dos prestadores de serviços têm crescimento menor que os índices inflacionários gerais. Os modelos de remuneração existentes, de forma isolada, não suprem as expectativas de todos os recursos credenciados, e, mesmo em um único sistema de saúde, os diferentes mecanismos de pagamento podem combinar-se, não sendo obrigatória a existência de somente um método de remuneração para cada sistema, pois mesmo na remuneração do médico, por esta remuneração não atender às expectativas das diversas especialidades, poderá levar a um desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais de certas áreas da Medicina. O objetivo deste trabalho é elencar, dentre os diversos modelos de pagamento, os pressupostos básicos para a remuneração do médico-cirurgião, levando-se em consideração os recursos empregados no tratamento, bem como o risco inerente de cada paciente tratado, tentando traduzir tais pontos em uma fórmula de cálculo padrão e comparar este novo valor com os valores atuais de remuneração. O modelo de remuneração deve fomentar a eficiência do tratamento instituído e a equidade do pagamento, além de ser de fácil implantação e compreensão pelos *players* do setor, bem como ter neutralidade financeira entre o principal e o agente, mantendo a qualidade e a acessibilidade aos serviços, a fim de que os médicos sejam incentivados a promover um tratamento eficiente aos beneficiários. Deve ser baseado no tratamento de doenças em si e não na realização de procedimentos, bem como estar atrelado a índices de desempenho e ao risco assumido pelo profissional. Enfim, o trabalho médico deve ser remunerado de forma diretamente proporcional à quantidade de horas trabalhadas, por profissionais que possuam

equivalente nível de graduação e qualificação, e ao risco inerente a cada paciente tratado. A fórmula encontrada leva em consideração não somente a idade do paciente a ser tratado, bem como os riscos inerentes ao tratamento deste paciente, e tem como base de remuneração a doença a ser tratada, e não os procedimentos que serão necessários, ou indicados pelos médicos para tratamento desses pacientes. Desta forma, a valorização do trabalho médico cresce com o aumento do risco de tratar o paciente, quer seja pelo risco inerente à própria idade do paciente, quer seja pelo risco inerente ao procedimento anestésico, quer seja pelo risco cardíaco, havendo, portanto, uma melhor proporcionalidade entre a remuneração hospitalar dos pacientes com mais gravidade, em que são utilizados, ou colocados à disposição, mais recursos, com a remuneração crescente, também neste caso, dos profissionais que estariam tratando tais pacientes.

Palavras-chave: Plano de saúde, sistemas de saúde, trabalho médico, modelos de remuneração.

ABSTRACT

Health providers services, and in this case, specially medical doctors, who's works interfere directly in outcomes and cost of the health system, has their methods of payment in the agenda of the most industry players, either in the public health system, but mainly in the supplementary health system, where because the continuous growth in cost, and the industry regulation dues, the providers gains has increments below the inflationary rates. Nowadays, the methods of payment, by itself, do not fulfill the gain goals of the health system providers, and even in a single health system, the different way of payment could be combined, and it is not obligated a unique payment method for each health system, just because the goals of remuneration moves around depending of the specialties, which contribute to keep the correct balance between demand and offer. The goals of this study is to enroll, between all of the payment methods, the basic assumptions for the surgeons payment, considering the sources applied in treatment, as well as life risk of each patient treated, trying to reproduce a standard formula to calculate the remuneration, and compare them with the present expenditure. The method of payment must encourage the treatment efficiency, and the equity of payment, and be easily understood by the industry players, and financial neutrality between principal and agency, keeping the quality and accessibility to medical services, and the doctors will be stimulate to increase the quality of the treatment to the users. Might be based on disease management, and not on procedures, and linked to performance index, and the risk owned by the patient. In conclusion, the medical labor remuneration proportionally by the total of work hours, by the same levels of the professional graduation and qualification, and the life risk of the patient treated. The new formula for calculate the medical payment consider not only the patient age, but also the risk involved on the treatment, and it is based on the disease, and not on a fee-for-service system. In this way, medical remuneration grows with the patient risk, as much as the increase of patient age, the increase of anesthetic and cardiac risks, resulting in a better correlation between hospitals costs, medical remuneration, and the resources used in the treatment.

Keywords: Health Care Plan; Health Systems; Medical Work; Remuneration Models.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide etária dos beneficiários submetidos a internação na operadora durante os anos de 2001 a 2010.....	120
Figura 2 – Gráfico da distribuição dos beneficiários de planos de saúde das operadoras, na região metropolitana da Grande São Paulo com data-base em setembro de 2011	121
Figura 3 – Gráfico representando a proporcionalidade da distribuição sexual (masculino e feminino) dos indivíduos submetidos a internação de qualquer natureza na operadora estudada durante o período de 2001 a 2010.....	122
Figura 4 – Gráfico de proporcionalidade da distribuição sexual (masculino e feminino) dos indivíduos que possuem plano de saúde na mesma região da operadora estudada no mês de setembro de 2011 segundo a ANS	123
Figura 5 – Gráfico da distribuição percentual das internações por tipo de acomodação (enfermaria-quarto coletivo e apartamento- quarto individual) dos beneficiários da operadora estudada internados no período de 2001 a 2011 independente do tipo de internação	124
Figura 6 – Gráfico da distribuição das internações dos beneficiários da operadora estudada no período de 2001 a 2011 segundo o tipo de internação.	126
Figura 7 – Gráfico com distribuição percentual dos custos totais de internação de acordo com o tipo de internação	127
Figura 8 – Gráfico da distribuição percentual das internações segundo o caráter de eletiva ou urgência.....	129
Figura 9 – Gráfico da distribuição percentual de diagnósticos de alta dos pacientes internados na operadora estudada no período de 2001 a 2011 segundo o capítulo da CID-10	130
Figura 10 – Distribuição por faixa etária padrão da ANS dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório.....	132
Figura 11 – Gráfico de distribuição por sexo dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório	133

Figura 12 – Gráfico de distribuição por tipo de acomodação dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório.....	134
Figura 13 – Distribuição por caráter da internação de beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório	135
Figura 14 – Distribuição gráfica das doenças relacionadas ao aparelho digestório que causaram internação de beneficiários da operadora estudada no período de 2001 a 2010.....	137
Figura 15 – Distribuição gráfica dos valores gastos pela operadora estudada por doenças relacionadas ao aparelho digestório que causaram internação de beneficiários no período de 2001 a 2010	139
Figura 16 – Gráfico da distribuição percentual de internações de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	143
Figura 17 – Gráfico da distribuição percentual das internações de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	144
Figura 18 – Gráfico da idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	150
Figura 19 – Gráfico da idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	151
Figura 20 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de apendicite (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	155
Figura 21 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de apendicite (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	156
Figura 22 – Gráfico mostrando o percentual de tratamento Cirúrgico Eletivo ou de Urgência para a Hérnia Inguinal, na Operadora Estudada, no Período de 2001 a 2010.....	157

Figura 23 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	160
Figura 24 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia Inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	161
Figura 25 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	164
Figura 26 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	165
Figura 27 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	168
Figura 28 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	169
Figura 29 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	172
Figura 30 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	173

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de morbidade e mortalidade segundo a literatura científica para pacientes que se submetem a algum procedimento cirúrgico de acordo com a Classificação de Risco da AHA	100
Tabela 2 – Percentual de morbidade e mortalidade segundo a literatura científica para pacientes que se submetem a algum procedimento cirúrgico de acordo com a Classificação de Risco da AHA	102
Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa das internações dos beneficiários da operadora estudada durante os anos de 2001 a 2011 segundo o tipo de internação (clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica)	125
Tabela 4 – Detalhamento do volume de internação por tipo de internação com descrição do custo assistencial total e a média por internação	127
Tabela 5 – Detalhamento do custo médio das internações por tipo correlacionado com a média de dias de internações e com o custo médio diário das internações .	128
Tabela 6 – Detalhamento dos códigos do CID de beneficiários internados no período de 2001 a 2010 da operadora estudada por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório	136
Tabela 7 – Valores gastos pela operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10	138
Tabela 8 – Valores de gastos médios por internação pela operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10	140
Tabela 9 – Valores de gastos médios por dia de internação da operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10	141
Tabela 10 – Quantidade de internações de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	142

Tabela 11 – Quantidade de internações de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	143
Tabela 12 – Média de dias de internação, valores médios por internação e média diária de internação de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	144
Tabela 13 – Média de dias de internação, valores médios por internação e média diária de internação de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório	145
Tabela 14 – Doenças utilizadas para aplicação da nova fórmula de cálculo da remuneração.....	146
Tabela 15 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	147
Tabela 16 – Média de dias de internação, de custo de internação e de valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	148
Tabela 17 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	149
Tabela 18 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite aguda (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	152
Tabela 19 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite aguda (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	153

Tabela 20 – Idade média de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	154
Tabela 21 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	157
Tabela 22 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores de honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	158
Tabela 23 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	159
Tabela 24 – Médias de dias de Internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA.	162
Tabela 25 – Médias de dias de Internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA.	162
Tabela 26 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA.....	163
Tabela 27 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	166
Tabela 28 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA	166

Tabela 29 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA	167
Tabela 30 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA	170
Tabela 31 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento da colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA.	170
Tabela 32 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA.	171
Tabela 33 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento da doença do refluxo gastresofágico (K-21)	176
Tabela 34 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de apendicite aguda (K-35)	176
Tabela 35 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de hérnia inguinal (K-40)	177
Tabela 36 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de hérnia umbilical (K-42).....	177
Tabela 37 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de colelitíase (K-80).....	178
Tabela 38 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de colecistite (K-81).....	178

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACG – Grupos Clínicos Ajustados – *“Adjusted Clinical Groups”*

“ACG-PMs – Grupos Clínicos Ajustados de Modelos Preditivos- “Adjusted Clinical Groups – Predict Models”

ADG – Grupos de Diagnósticos Agregados

AHA – *“American Heart Association”*

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APG – Grupo de Pacientes Ambulatoriais – *“Ambulatory Patients Groups”*

ASA – *“American Society of Anesthesiology”*

BVS-MS – Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CH – Coeficientes de Honorários

CID – Classificação Internacional das Doenças

CID-9 – Classificação Internacional das Doenças – 9ª Edição

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças – 10ª Edição

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRG – Grupos de Risco Clínicos – *“Clinical Risk Groups”*

DCG – Grupos de Custos Diagnósticos – *“Diagnostic Cost Group”*

DRG – Grupos de Diagnósticos Homogêneos – *“Diagnosis Related Group”*

EDC – Grupos de Diagnóstico Expandidos

EPO – Organizações de Provedores Exclusivos

FFS – Pagamento por Procedimento – *“Fee-for-Service”*

GCD – Grandes Categorias Diagnósticas

HMO – Organizações de Sistemas de Saúde Administrados – *“Health Maintenance Organization”*

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPA – Associações de Médicos Individuais – *“Individual Practice Associations”*

IPC – Índice de Preços ao Consumidor

NHS – *“National Health Service”*

OIT – Organização Internacional do Trabalho

P4P – Pagamento por Desempenho – *“Pay for Performance”*

PIB – Produto Interno Bruto

PPO – Organizações de Provedores Referenciais – *“Preferred Provider Organizations”*

PPO-HMO – *“Point of Service”*

PPS – Sistemas de Pagamentos Prospectivos

RPS – Sistemas de Pagamento Retrospectivos

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UTV – Unidade de Trabalho Variada

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTO ESPECIAL	7
AGRADECIMENTOS	8
EPÍGRAFE.....	10
RESUMO	11
ABSTRACT.....	13
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	15
LISTA DE TABELAS.....	18
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	22
SUMÁRIO	25
INTRODUÇÃO.....	25
OBJETIVO PRINCIPAL	36
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	37
REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
SISTEMAS PROSPECTIVOS E RETROSPECTIVOS DE PAGAMENTOS	54
FORMAS DE PAGAMENTO.....	57
FEE FOR SERVICE.....	59
PAGAMENTO POR PACOTE.....	64
MANAGED CARE – CAPITATION.....	65
PAY-FOR-PERFORMANCE	69
ASSALARIAMENTO	78
GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÊNEOS	80
“ADJUSTED CLINICAL GROUPS” (ACG) – Grupos Clínicos Ajustados.....	90
MÉTODO	94

RISCOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS.....	99
RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
PRESSUPOSTOS BÁSICOS QUE DEVERIAM NORTEAR A REMUNERAÇÃO MÉDICA.....	104
ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES GERAIS DA OPERADORA NO PERÍODO ANALISADO	119
<i>ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS RELACIONADAS AO APARELHO DIGESTÓRIO DA OPERADORA NO PERÍODO ANALISADO</i>	130
FÓRMULA SUGERIDA PARA A NOVA REMUNERAÇÃO	173
COMPARAÇÃO ENTRE A REMUNERAÇÃO ATUAL E A REMUNERAÇÃO SUGERIDA COM A NOVA FÓRMULA DE REMUNERAÇÃO	175
CONCLUSÕES.....	179
REFERÊNCIAS	184

INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Saúde estão sendo reorganizados nos países industrializados, e os gestores engajados na reestruturação procuram informações estratégicas sobre as mudanças das percepções dos diversos atores dentro desse cenário (FERRAL; GREGORY; THOLL, 1998).

A reorganização continua em curso, e um dos principais pontos de estudo e de discussão está relacionado à remuneração dos profissionais atuantes no setor, principalmente o médico, cuja atuação tem interferência direta nos resultados dos tratamentos estabelecidos, bem como na determinação dos custos dos diversos Sistemas de Saúde.

Outro problema relacionado à remuneração dos médicos nos Sistemas de Saúde no mundo é a discrepância entre a remuneração dos médicos nas diferentes especialidades, visto que médicos generalistas relacionados à atenção primária de saúde têm remuneração menor do que médicos especialistas.

No Brasil, a remuneração médica é agenda prioritária não somente para os médicos e para as entidades médicas, mas também para as empresas atuantes no setor de saúde suplementar, que encontram dificuldades de cumprir as normativas legais determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em termos de tempo de atendimento dos beneficiários, principalmente em especialidades clínicas como Pediatria, Endocrinologia, Reumatologia, Psiquiatria, dentre outras.

A própria ANS mantém na agenda regulatória a remuneração dos prestadores de serviços de saúde, e discute frequentemente, por meio de câmaras técnicas e de grupos de trabalhos, os modelos de remuneração médica com entidades médicas, órgãos de defesas do consumidor e operadoras de planos de saúde.

Tanto no setor público, com redução relativa de honorários e ganhos salariais dos médicos, quanto no setor privado, que atualmente passa por uma crise mais

profunda em relação à remuneração dos profissionais, observa-se o conseqüente prejuízo na assistência médica prestada aos beneficiários, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde.

A regulamentação do setor de saúde suplementar no ano de 1998 e posteriormente a criação da ANS, com várias resoluções normativas publicadas ao longo desses anos, por um lado, vêm restringindo o livre reajuste dos valores pagos pelos beneficiários de planos individuais a título de contraprestação mensal, o que reduz as margens de contribuições dos produtos oferecidos pelas operadoras e, por outro lado, vêm aumentando a segurança do sistema suplementar, com ampliação de recursos alocados em provisões técnicas, além da necessidade de constituição de margem de solvência.

Esse movimento faz com que as operadoras de planos de saúde tenham de buscar capitalização ou resultados positivos nas operações para compor tais garantias financeiras, o que causa maior preocupação com os custos assistenciais, afetando assim os reajustes de remuneração dos prestadores.

A regulamentação na saúde suplementar transformou o produto/serviço comercializado em uma espécie de *commodity*, sendo que a maioria das empresas do setor demonstra optar por políticas agressivas de vendas norteadas pela competição acirrada de mercado, não em função da diferenciação dos serviços, mas sim da redução dos prêmios cobrados, visto que as coberturas foram padronizadas, o que corrobora para a existência de margens operacionais cada vez menores nos diversos segmentos do setor, quer de Medicina em grupo, cooperativas médicas ou seguradoras, e com isso não resta espaço para reajustes aos prestadores.

Além do que, outro fator que prepondera na elevação dos custos assistenciais é o incremento da tecnologia médica, cuja incorporação os eleva substancialmente, comprometendo ainda mais a rentabilidade das empresas do setor.

Todos esses fatores mostram que não somente o modelo atual de Sistema de Saúde Suplementar bem como o modelo atual de remuneração dos prestadores, em especial o médico, não estão adequados, e não terão sobrevida longa.

A própria ANS admite que a inflação do setor é maior do que a inflação geral de preços ao consumidor, devido à introdução de novas tecnologias médicas e ao crescimento desenfreado da demanda de serviços médicos; muito provavelmente devido ao modelo assistencial brasileiro, de saúde suplementar, ser focado na figura do médico especialista, o que encarece ainda mais a Medicina e o atendimento ao beneficiário (WESTIN, 2010).

Essa redução de margem de contribuição dos produtos e a incorporação de tecnologia, processo constante no modelo brasileiro de assistência à saúde, faz com que a remuneração médica apresente reajustes inferiores à inflação geral do período, medida pelo índice de preços ao consumidor (IPC). Em 2010, o Datafolha publicou pesquisa comparativa (DATAFOLHA-DATACASA, 2010) que confirma a defasagem de honorários pagos aos profissionais da Medicina em levantamento realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em busca da compensação natural de proventos, devido à redução de receitas relativas ao crescimento inflacionário, ao longo dos anos os médicos passaram a produzir mais, isto é, a trabalhar mais rápido no atendimento ao paciente, ou a aumentar a jornada de trabalho, ou ainda acumular empregos e jornadas de trabalho, para manter a remuneração mensal, a fim de cobrir as necessidades de vida e lazer cumprir os compromissos assumidos.

Por outro lado, principalmente no setor de saúde suplementar, e devido à remuneração principalmente ser baseada no pagamento por procedimento (*“fee-for-service” – FFS*), houve um aprendizado natural no modo de cobrança, com a preocupação de selecionar códigos de procedimentos de maior valor, ou associação de códigos de procedimentos. A base atual da remuneração médica não se encontra no tratamento da doença do paciente, mas sim nos procedimentos realizados. Quanto mais procedimentos o médico realizar para tratar um paciente, maior será sua remuneração.

Rai (2001) realizou pesquisa em que não havia necessidade de identificação do médico e relatou que somente 39% dos médicos referiram utilizar táticas fraudulentas, como, por exemplo, exagerar na gravidade da doença ou alterar o

diagnóstico de cobrança, para assegurar a cobertura do procedimento que o médico acha necessário.

Outro fator que passou a compor parte da renda mensal do médico foi o agenciamento de algumas marcas de próteses e medicamentos, fazendo com que os custos assistenciais se elevassem cada vez mais (GELBERMAN et al, 2010).

Ao longo dos anos, os reajustes dados aos honorários médicos foram inferiores quer em relação aos índices inflacionários, quer aos reajustes concedidos pela ANS às operadoras de planos de saúde, para aplicação nos contratos individuais ou familiares.

Dentre as empresas participantes do setor de saúde suplementar, as Cooperativas Médicas teriam os objetivos sustentados pela Lei nº 5764/71, sendo, portanto, sociedades constituídas para prestar serviços aos associados e, com isso, teriam todo o excedente operacional, isto é, as sobras ou lucros, redirecionado para os cooperados em forma de elevação de honorários médicos (BRASIL, 1971).

Ao longo dos últimos quinze anos, mesmo as cooperativas médicas, que utilizam as sobras operacionais para aumentar a remuneração dos médicos cooperados, vêm reduzindo o valor relativo de receita gasto com remuneração dos profissionais, saindo de um patamar de 21% das receitas, em 1996, para níveis de 15% a 16% em 2009 e 2010 (UNIMED DO BRASIL, 2010, 2011).

Em relação ao setor público, este em alguns momentos mantém relação de vantagem quando se compara com o setor privado no quesito de remuneração médica. O setor, que durante alguns anos manteve remuneração em valores inferiores ao setor privado, dá sinais de caminhar na melhoria da remuneração dos profissionais (GONÇALVES, 2008).

Em São Paulo, em 13 de novembro de 2007, foi promulgada a Lei Municipal nº 14.591, trazendo melhoria nos vencimentos mensais dos médicos na capital paulista, mesmo que, segundo o autor, de forma tímida e muito aquém do mínimo necessário, ou justo (GONÇALVES, 2008).

Ainda segundo Gonçalves (2008), a aprovação da lei não deverá diminuir a mobilização dos órgãos classistas para a obtenção de piso salarial justo e um Plano

de Carreira de Estado, e foi justamente o que ocorreu nos últimos anos, com os órgãos classistas promovendo passeatas e protestos com o objetivo de motivar a formação de opinião pública sobre o problema.

As entidades médicas buscam no Congresso Nacional a fixação de remuneração mínima para o médico, quer o mesmo trabalhe no setor privado, quer no setor público, em forma de piso nacional, de cerca de oito mil reais (R\$ 8.000,00) para a categoria médica, cujo projeto de lei ainda tramita na Casa (LEITE, 2010).

Segundo Leite (2010), o projeto de lei ainda parece estar longe de ser aprovado e sancionado, diferentemente dos projetos de remuneração de outras categorias profissionais, como, por exemplo, do Poder Judiciário, que tramitam de forma mais ágil no Congresso Nacional e cujos profissionais, quer sejam do Poder Judiciário, quer do Ministério Público, têm Plano de Carreira, mesmo que obrigados a começar as atividades em cidades do interior, para somente depois de algum tempo ser transferidos para as capitais, porém mantendo sempre remuneração adequada.

A falta de carreira de Estado para a categoria médica leva o país a mais desigualdade, apontou o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), segundo Leite (2010), que refere que, mesmo em São Paulo, Estado da federação com maior número de médicos em atividade, em 148 cidades paulistas, não existe um médico sequer (LEITE, 2010).

Há de se inferir que os aumentos salariais propostos para o setor público poderão produzir efeito migratório dos médicos do setor privado para o público, já que estes profissionais passariam a ter, além dos atrativos de estabilidade e aposentadoria especial, o atrativo salarial.

Ainda corroborando com essa força migratória do setor privado para o setor público, os altos custos incorridos na montagem e manutenção de consultórios particulares, ou de clínicas para o atendimento a beneficiários de planos de saúde suplementar, fazem com que os consultórios particulares sejam cada vez mais raros e onerosos, cujo retorno do capital investido nem sempre é compensador.

Os métodos de pagamentos constituem forma de incentivo contratual que pode promover maior comprometimento dos médicos com a instituição em que trabalham, ou para quem trabalham. Há vários mecanismos de pagamentos de médicos implantados mundo afora, sendo que alguns deles são bons e alguns não tão bons, com vantagens e desvantagens inerentes a cada modelo (CISS, 2005).

Mesmo em um único sistema de saúde, os diferentes mecanismos de pagamento podem combinar-se, não sendo necessária a existência de somente um método para cada sistema, tanto no que tange à remuneração de prestadores médicos, como de clínicas, hospitais e outros (CISS, 2005).

Isso quer dizer que não necessariamente uma única forma de pagamento possa ser adequada à remuneração de todas as especialidades médicas. Há uma tendência mundial, principalmente nos países da Comunidade Europeia e nos Estados Unidos da América, em remunerar os médicos generalistas com uma parcela fixa mensal, acrescido de um valor de acordo com o seguimento de metas e resultados obtidos na saúde dos pacientes.

Esses resultados estão ligados principalmente ao acompanhamento do paciente ao longo dos anos e ao tratamento, manutenção e prevenção de doenças crônicas. Essa forma de remuneração médica para os médicos generalistas na Europa (*“General Practice”*) e para os médicos de atenção primária nos Estados Unidos (*“Primary Doctor”*) está longe de se tornar padrão para todas as especialidades médicas, principalmente para as especialidades cirúrgicas, que têm características cotidianas diferentes dos médicos de atuação eminentemente clínica.

No Brasil, na saúde suplementar, os contratos entre as operadoras de planos de saúde e os serviços de saúde se fazem baseados na remuneração de procedimentos realizados, independente do tipo de prestador de serviço. Isto é, o pagamento é por FFS, independente de o serviço prestado ser consulta, exame complementar de diagnóstico, terapia específica ou internação hospitalar.

Apesar de a forma de precificação realizada pela Associação Médica Brasileira (AMB) se ter alterado ao longo dos anos, principalmente com a criação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), em que se utilizam valores em unidade monetária, isto é, em reais, a maioria das operadoras

de planos de saúde suplementar ainda mantém como base de pagamento as antigas tabelas da AMB, cuja forma de precificação era em unidade de trabalho, também conhecidas como Coeficientes de Honorários (CH), sendo o valor atualizado obtido por meio da multiplicação da quantidade de unidades de coeficientes de honorários pelo valor vigente em unidade monetária do CH.

Porém, no Brasil, inicia-se uma tendência, tanto no setor público, como já citado anteriormente, quanto no setor privado, de remunerar o trabalho médico não mais por procedimento realizado, mas por desempenho ou resultados obtidos. O prêmio por produtividade é uma forma de pagamento denominada pagamento por desempenho (“*pay-for-performance*” – P4P), cujo foco de desempenho é o volume atingido, ou o seguimento de protocolos, ou até mais modernamente, como está sendo testado, na França, pelos resultados propriamente ditos na saúde dos pacientes.

Um dos questionamentos éticos sobre o P4P é que, quando promovido pelo setor público, normalmente o desempenho ou as metas estabelecidas não visam ao lucro e, sim, o preceito constitucional da saúde como um direito de todos. Porém, no setor de saúde suplementar, esse desempenho fixado, ou acordado entre as partes (operadora de plano de saúde e médico), pode não visar somente à qualidade do atendimento médico, mas também a busca por metas, que normalmente são objetivos de controle de acesso e de controle de custos.

Outra iniciativa de implantar forma de remuneração de P4P desde 2005, e ainda como exemplo o setor público, porém não assistência mas no âmbito da perícia médica, atrela parte do salário à produtividade do trabalho médico em relação ao tempo de espera que o segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) leva para ser atendido após protocolizar a petição de benefício (BRASIL, 2004). Também neste caso, nota-se a remuneração baseada no desempenho relacionado ao volume de atendimento, e não basicamente a qualidade do serviço prestado ou o resultado obtido propriamente dito.

As medidas de desempenho utilizadas nos Estados Unidos inicialmente levavam mais em consideração a diminuição do custo assistencial do que o desempenho relacionado à qualidade do atendimento médico, porém, com a

evolução desse sistema de remuneração, a qualidade do atendimento também passou a ser diferencial de desempenho (HADLEY, 1984).

Ao limitar o quanto será gasto, ou vincular a remuneração do médico ao custo assistencial estar abaixo da meta estabelecida de gastos, criam-se incentivos em que o prestador de serviço passe a não aceitar beneficiários que necessitem de tratamento intensivo e prejudiquem a relação custo qualidade e custo acessibilidade, em favor de menor custo, qualidade e acesso (HADLEY, 1984).

No Brasil, além todas as tabelas médicas utilizadas como padrão de remuneração levarem em consideração somente o pagamento dos profissionais por procedimentos (FFS), nenhuma delas considera a gravidade da doença, bem como as comorbidades do paciente a ser tratado.

Mesmo nos hospitais públicos, onde existe uma tabela à semelhança dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (DRG), sendo pago um pacote de serviços que inclui a remuneração do médico, os exames complementares e os custos como internação, não há previsão de remuneração melhor de acordo com a gravidade da doença, bem como em presença ou ausência de comorbidades.

Dessa forma, o valor pago por uma cirurgia para a retirada de um órgão, como, por exemplo, a colecistectomia, que é a extração cirúrgica da vesícula biliar, é o mesmo se realizado em um paciente jovem sem nenhuma doença associada, ou em um paciente mais idoso com algumas doenças associadas, como, por exemplo, hipertensão arterial, diabetes e insuficiência renal.

A maior parte da literatura sobre os efeitos da mudança nos mecanismos de pagamento dos custos e na qualidade dos serviços de saúde está inserida no contexto dos serviços de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), principalmente nos contratos de seguros privados múltiplos e nos programas públicos de atenção à saúde para os subgrupos da população, que correspondem aos Sistemas “*Medicare*” e “*Medicaid*”.

Um novo modelo de sistema de pagamento foi implantado nos EUA a partir da década de 1970 e 1980 (CISS, 2005). O Grupo de Diagnósticos Homogêneos (DRG ou “*Diagnosis Related Group*”) constitui um sistema de classificação que

agrupa os pacientes em categorias que descrevem tanto a utilização de recursos hospitalares homogêneos como o custo de atenção à saúde.

Os DRG não são um modelo completo a ser copiado, podendo ou não servir de base para uma profunda e extensa revisão da tabela de procedimentos e remuneração das internações, quer no âmbito do SUS, quer no Sistema de Saúde Suplementar, a fim de eliminar as distorções e fazer diferenciação das intervenções hospitalares segundo a gravidade e a complexidade dos casos. Porém, não há no DRG a quantificação do estado mórbido ou o escalonamento da gravidade da doença coexistente.

O tratamento médico depende principalmente do diagnóstico principal, cuja complexidade está intimamente ligada não somente ao estágio da doença a ser tratada, mas também ao estado de saúde do paciente como um todo, incluindo, nestes casos, a existência ou não de comorbidades.

Tal complexidade, ou existência de comorbidades, precisaria ser mais detalhada nos DRG, estando intimamente associada quer ao tempo gasto para realização dos procedimentos, quer ao risco de morbidade ou mortalidade do paciente, devendo o médico assim como toda a estrutura de assistência médico-hospitalar ser remunerados de acordo com esses riscos.

As propostas para mudança das formas de remuneração devem ser acompanhadas de neutralidade financeira, isto é, em que haja ganho para ambos os lados da cadeia produtiva e de modo que se atinja um nível correto e justo de pagamento; isso quer dizer que as mudanças não podem nem incentivar o uso indiscriminado das tecnologias disponíveis nem restringir o acesso dos beneficiários aos serviços necessários para o diagnóstico das doenças e tratamento.

A necessidade de atrelar a remuneração do trabalho médico a índices de desempenho que revelem a qualidade dos serviços prestados, bem como ofereçam um nível de remuneração justa de acordo com o risco inerente ao paciente a ser tratado, desde que por outro lado seja sustentado pelo custeio das operadoras de plano de saúde, torna-se importante, pois desta forma se terá uma relação de ganha-ganha entre as três partes envolvidas neste processo: o médico, a operadora de saúde e o beneficiário do plano.

A estruturação do pagamento deve ser desenhada de forma que promova maior remuneração ao trabalho médico, mas também menor custo para a organização; porém, como ressalta Freund e Allen (1985), embora haja muitos questionamentos sobre os incentivos financeiros para a reestruturação do Sistema de Assistência à Saúde, as implicações éticas como as considerações de equidade devam ser levadas em consideração.

A remuneração dos diferentes profissionais médicos, nas diversas especialidades, não pode ser feita por um único modelo de pagamento. Os estudos atuais voltam-se muito mais para a remuneração de médicos generalistas, e para a remuneração de prestadores de serviços hospitalares, do que para a remuneração do médico especialista.

No Brasil, há uma concentração muito grande de médicos especialistas quando comparados aos países europeus, em detrimento do baixo número de médicos generalistas; assim como os médicos especialistas encontram-se normalmente estruturados na forma de consultórios particulares e prestadores de serviços isolados, principalmente nos casos de profissionais cuja atuação é uma especialidade cirúrgica, em que, diferentemente das especialidades clínicas, há pouca concentração de pacientes de seguimento crônico, sendo os casos resolvidos no momento ou após o procedimento cirúrgico.

Dados de recente edição do Jornal do Conselho Federal de Medicina revelam que somente 45% dos médicos brasileiros atuam em especialidades básicas, em detrimento de 55% dos médicos com especialização e subespecializações (GONÇALVES, 2008).

Médicos de especialidades básicas, ou de atendimento eminentemente clínico, estão desaparecendo do mercado, comprometendo com isso a atenção à saúde da população, quer no setor público, quer no setor privado.

Os modelos mundiais atuais de pagamento não se encaixam na realidade do médico-cirurgião brasileiro, que trabalha de forma isolada, com consultório particular, não vinculado a determinado hospital, visto que esses médicos, nos outros países, passariam a ser remunerados diretamente pelo hospital, como, por exemplo, o já citado DRG, que remunera, em um pacote de serviços, o médico, os exames

complementares e o atendimento e os recursos hospitalares utilizados no tratamento de uma doença específica.

A falta de um modelo que atendesse de forma ampla à remuneração do médico-cirurgião, de consultório, e devido à existência de limitações observadas nos diversos sistemas de classificação estudados, optou-se por construir um modelo de remuneração que tentasse contemplar os pressupostos básicos para a remuneração do trabalho dos cirurgiões que praticam as atividades de forma eminentemente autônoma, isto é, não vinculados diretamente a nenhum recurso hospitalar ou com vínculo empregatício qualquer com alguma operadora de plano de saúde suplementar.

OBJETIVO PRINCIPAL

Elencar os pressupostos básicos para a remuneração do trabalho do médico-cirurgião que trabalha de forma autônoma em consultório particular segundo critérios que considerem os recursos dispensados, bem como o risco inerente ao trabalho realizado, principalmente no que diz respeito a gravidade da doença, idade dos pacientes e comorbidades.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Elaborar uma fórmula de cálculo padrão de fácil utilização e entendimento tanto pelo principal, como pelo agente, que no caso em questão é o próprio médico.

- b) Comparar a remuneração do trabalho médico no novo modelo proposto, com o modelo atual de pagamento em uma operadora de plano de saúde.

- c) Comparar os valores atuais de remuneração médica do cirurgião com os valores obtidos pelo novo modelo proposto.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Urquiza (2010), na mais remota era da remuneração médica, vinda como herança hipocrática, o paciente que era tratado era quem definia o valor da remuneração médica, que, no caso específico, chama-se de honorários, devido à etimologia da palavra, pois honorários vem do latim “*honorarius*” e significa: “que mantém as honras, que confere honras, homenagem e consideração”. Isso quer dizer que a remuneração médica estava intimamente relacionada ao grau de agradecimento ou de reconhecimento do paciente que fora tratado pelo médico, além logicamente da capacidade econômica.

Cherchiglia (2002) refere que a remuneração de um trabalho, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), pode seguir dois princípios básicos: remuneração por tempo e remuneração por resultado.

A remuneração por tempo constitui, segundo a OIT, a relação de ganho em função do tempo que o trabalhador está disponível para a empresa empregadora ou empregador individual, não existindo, portanto, nenhuma relação formal, explícita ou previamente acordada entre a remuneração a ser recebida e o volume do trabalho, produtos e serviços a ser produzidos (CHERCHIGLIA, 2002).

Já a remuneração por resultado consiste em um sistema de pagamento em que os ganhos variam de acordo com o tipo, a quantidade e a qualidade dos produtos, ou serviços a ser produzidos. Neste caso, a aferição do resultado pode ser feita de forma individual ou coletiva (CHERCHIGLIA, 2002).

Na indústria da saúde, onde os custos assistenciais são crescentes e desenfreados, a partir da década de 1980, as empresas contraentes de serviços, sejam organizações privadas, sejam agências governamentais, nos Estados Unidos da América (EUA), mostraram-se extremamente interessadas na reestruturação do sistema de prestação de serviços de saúde, a fim de que houvesse um controle desse custo (HADLEY, 1984).

A partir de então, foram criados nos EUA, segundo Freund e Allen (1985), os Sistemas de Entregas Alternativas, como estratégia de controle dos custos nas operadoras em relação aos prestadores de serviços.

Os Sistemas de Entregas Alternativas se constituíram como uma espécie de guarda-chuva que contém estruturas organizacionais dos diversos tipos de prestador de serviços médicos hospitalares, mantendo contrato diretamente com beneficiários, ou grupos de beneficiários, ou por meio de operadoras de planos de saúde.

As seguintes organizações foram criadas como Sistemas de Entregas Alternativas:

- a) Organizações Mantenedoras de Saúde, ou “*Health Maintenance Organization*” (HMO);
- b) Associações de Médicos Individuais, ou “*Individual Practice Associations*” (IPA);
- c) Redes de Atenção Primária, ou “*Primary Care Network*”;
- d) Organizações de Provedores Referenciais, ou “*Preferred Provider Organizations*” (PPO).

Em todas essas organizações, ainda predomina, como modelo de remuneração do trabalho médico, a forma mais tradicional de pagamento encontrada nos EUA, que é o pagamento por serviço (FFS). Este modelo de remuneração era muito mais frequente até a década de 1980, e ele incentiva o uso da tecnologia de ponta, que agrega valor ao prestador (BALZAN, 2000).

A remuneração das Organizações de Provedores Referenciais (PPO) é um pouco diferente no sentido de que não se baseia no atingimento de metas, existência de bônus ou penalidades. Na verdade, são empresas que dão descontos na prestação de serviço por ser preferenciais, ou referenciadas, como o próprio nome sugere. As PPO são similares aos outros prestadores que requerem nova organização gerencial ao limitar a liberdade de escolha dos beneficiários, porém, por outro lado, são semelhantes no modelo de pagamento por FFS, mas com taxas reduzidas, devido aos descontos concedidos para se tornar referência (HADLEY, 1984).

Da mesma forma, em algumas Organizações Mantenedoras de Saúde (HMO), os hospitais referenciados garantem desconto em um procedimento específico para algumas seguradoras, em troca da garantia de indicação do beneficiário (HILZENRATH, 1994; ANDERS, 1996). O Departamento de Saúde dos EUA define HMO como uma organização responsável em prover e organizar os serviços de saúde, incluindo pacientes internados e ambulatoriais, em um mínimo, a uma população registrada, em uma base financeira de pré-pagamento e em capitação (SIMONET, 2005).

Existem HMO que recebem pagamentos de forma antecipada, em pré-pagamento. Neste caso, todos os médicos são membros dos mesmos grupos e por eles são reembolsados com base em um salário fixo, ou em uma fórmula de acordo com a produtividade. O pagamento em forma de produtividade assemelha-se ao modelo mantido no Brasil antes da implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), quando se utilizava o mecanismo de unidades de trabalho variada (UTV), conhecido como Coeficiente de Honorários (CH).

Esses grupos, ou HMO, mantêm contrato com o hospital no qual os pacientes são internados. Devido a essa estruturação de remuneração ser em forma de pré-pagamento dos serviços por meio de um valor fixo mensal, o tempo de espera para conseguir uma consulta é maior, e o custo da assistência médica é menor.

Da mesma forma, as HMO podem contratar provedores de serviços outros, e normalmente remuneram as Associações de Médicos Individuais (IPA) por capitação ou em valor para cada membro registrado em um sistema de pré-pagamento. Já as IPA normalmente pagam o médico no sistema de FFS. Os profissionais trabalham em consultório próprio, onde atendem tanto pacientes-membros da HMO, quanto outros pacientes quaisquer.

Goodman e Swartwout (1984) encontraram valores menores de remuneração dos profissionais que trabalham em grupos que atendem os HMO quando comparados com os profissionais independentes e quando comparados com os profissionais que não atendem as HMO, que trabalham para outro tipo de instituição mesmo que a forma de remuneração seja também por FFS.

Segundo Rosenthal et al (2006), mais de 50% das HMO, de diversas áreas metropolitanas dos EUA, com concentração de atendimento de beneficiários naquele mercado, utilizam métodos de pagamento por desempenho nos contratos, sendo que a maioria delas tem programas para médicos e 38% programas para hospitais.

As PPO surgiram como alternativa aos HMO na década de 1980, devido ao caráter muito restritivo em termos de acesso à assistência à saúde, em prol da redução de custos, o que resultava em insatisfações aos beneficiários (BENKO, 2001; SIMONET, 2005).

Para as HMO e para as IPA, a meta é que o gasto com atendimento do beneficiário seja menor do que o prêmio ou a receita da capitação. Se o incentivo de economia é efetivo, isto é, se a meta é atingida, a operadora de plano de saúde tem superávit financeiro que pode distribuir entre os profissionais. Porém, se houver utilização acima da média esperada, os médicos deixam de obter a receita extra. Dessa forma, as IPA e as HMO transferem aos médicos o máximo da responsabilidade dos cuidados de saúde (HADLEY, 1984).

Nos EUA, cerca de 25% das IPA com vinte ou mais médicos paga profissionais por bases retrospectivas no modelo FFS. Aproximadamente outro quarto dos médicos é pago por bases prospectivas, quer no modelo de capitação, quer de assalariamento, e a outra metade por métodos mistos retrospectivos e prospectivos, procurando alinhar incentivos baseados em indicadores de desempenho (ROBINSON et. al, 2004).

Na saúde suplementar, onde é menor o nível de assalariamento do médico em relação ao sistema público, as operadoras de planos de saúde muitas vezes se utilizam de métodos de contenção de custos. Segundo Hadley (1984), esse controle do valor financeiro que cada médico ou clínica gasta, além de interferir no método de pagamento ou no gerenciamento dos médicos, interfere indiretamente na liberdade de escolha dos beneficiários, pois os serviços passam a não estar disponíveis ou a ter uma disponibilidade mais reduzida ou controlada.

Como modelo de remuneração, ou pagamento de prestadores de serviços, há algumas propostas que dividem a responsabilidade entre médicos e operadoras,

inclusive em alguns casos até a responsabilidade pelo encaminhamento de beneficiários a especialistas, dessa forma, há novamente risco financeiro aos profissionais da saúde, com recompensas e punições de acordo com a evolução dos gastos dos pacientes (HADLEY, 1984).

Baixar o risco financeiro significa dizer que os profissionais da área de saúde recebem bônus por manter o nível de utilização abaixo de metas preestabelecidas, ou referenciadas, sendo muitas vezes penalizados quando essas metas são ultrapassadas (HADLEY, 1984).

Segundo Robinson (2001), os três piores mecanismos de pagamentos de médicos são o pagamento por procedimento, o modo de capitação e o assalariamento.

Algumas especialidades médicas, principalmente de atuação clínica, e os médicos generalistas têm variação muito grande de rendimentos quando relacionados com outras especialidades médicas, tendo normalmente remuneração menor (FERRAL; GREGORY; THOLL, 1998).

No Brasil, também algumas especialidades, principalmente especialidades clínicas, como, por exemplo, o médico generalista e o pediatra, têm remunerações menores do que outras especialidades médicas, fazendo com que, atualmente no mercado, haja dificuldade na contratação desses profissionais.

O mecanismo de pagamento ideal está na busca de um sistema de remuneração que reduza o índice de crescimento dos valores pagos, seja de fácil implantação, tenha custo administrativo baixo, seja de fácil compreensão para o médico, mantenha a qualidade e a acessibilidade aos serviços e que incentive os médicos a prover serviços aos beneficiários de modo eficiente (HADLEY, 1984).

Diz-se que um método de pagamento tem neutralidade fiscal quando não interfere na decisão do médico em relação às alternativas de tratamento, isto é, qualquer que seja a forma de tratamento, ou terapia instituída, o retorno financeiro pessoal do profissional médico, não será afetado pela conduta de tratamento escolhida pelo médico.

A análise de pagamento feito aos médicos e sua interpretação devem ser correlacionadas com a extensa literatura econômica dos contratos e seus incentivos financeiros, conhecidos como Teoria da Agência (PRENDERGAST, 1999), cujo pressuposto fundamental é que os agentes respondem aos incentivos financeiros nos contratos oferecidos pelo principal (FEEN; GRAY; RICKMAN; 2007).

Há na literatura uma variedade de estudos sobre os efeitos dos padrões contratuais nas diferentes organizações. Prendergast (1999), Paarsch e Shearer (1996) e Lazear (1996) contribuíram com uma singular análise dos efeitos empíricos dos contratos com modelo de remuneração por pagamento por procedimento em contratos de trabalhos rotineiros.

A essência do incentivo contratual tem como alicerce o esforço de uma organização em induzir e recompensar certos comportamentos e atitudes de outros agentes (SIMONET, 2005). Os incentivos financeiros podem permitir aos fornecedores de serviços induzir, de forma artificial, a elevação da demanda (FEEN; GRAY; RICKMAN, 2007).

As duas formas mais comumente observadas de remunerações nos contratos são os pagamentos retrospectivos pelos “*inputs*” supridos, mais comumente conhecidos como “*piece rates*”, e a remuneração baseada em pagamento prospectivo de taxas (FEEN; GRAY; RICKMAN, 2007).

A teoria econômica é baseada na hipótese do interesse próprio, podendo gerar conflitos entre principal e agente, sendo que alguns dos fenômenos sociais são explicados como produtos dessas interações, entre principal e agência, que muitas vezes ocorre de forma unilateral e usurária, em uma pressuposição simplória (GODAGER, IVERSEN, ALBERT MA, 2009).

As variações entre as profissões liberais e os trabalhadores das indústrias na estrutura de compensação do trabalho são interpretadas pelas teorias econômicas refletindo as características dos serviços e das pessoas que o fazem, principalmente quanto o trabalho é facilmente monitorado e medido e quanto os indivíduos são temerosos aos riscos, ou a existência de atitudes adequadas, que consiste em uma ou múltiplas tarefas, ou a cooperação entre os múltiplos agentes é o foco central do trabalho a ser executado (SAPPINGTON, 1991).

A estrutura de controle econômico como de acordo com a Teoria da Agência começa com a suposição de que os interesses de empregados e empregadores divergem naturalmente, e a criação de uma estrutura de controle econômica alternativa implicaria o alinhamento dos interesses de empregados e empregadores (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

A hipótese do interesse próprio não é amplamente suportável no mercado de assistência à saúde, e haveria um colapso total do sistema de saúde, e do mercado de saúde, se os médicos, e os outros profissionais de saúde, fossem única e exclusivamente impulsionados por objetivos pessoais. No mercado da saúde, os profissionais também são fortemente influenciados pela conduta ética e por padrões de cuidados de saúde (GODAGER; IVERSEN; ALBERT MA, 2009).

Prendergast (1999) em seu estudo relatou a hipótese de que o alinhamento dos interesses dos empregados e empregadores modera o impacto do comportamento dos atores no sistema de pagamento por desempenho.

O estudo da resposta médica aos incentivos financeiros é amplamente estudado, constituindo uma das principais áreas de pesquisa de todo o campo da economia da saúde (GODAGER; IVERSEN; ALBERT MA, 2009).

Os estudos realizados na indústria dão suporte a essa hipótese, isto é, se os empregados tiverem a remuneração atrelada aos resultados operacionais da empresa para quem trabalham, eles terão interesses semelhantes aos dos donos dessas empresas, e com isso todos terão alinhados os objetivos (SAPPINGTON, 1991).

Os médicos não tendem a realizar ou indicar os procedimentos que mais os recompensariam do ponto de vista financeiro, normalmente sua conduta tende a ser um misto de prestação de serviço comunitário e recompensa monetária. Os médicos reagem de forma heterogênea na conduta, sendo que alguns tendem a buscar mais resultados financeiros, enquanto outros têm diferentes motivações (GODAGER; IVERSEN; ALBERT MA, 2009).

Aquele grupo de médicos que trabalha visando principalmente à recompensa financeira irá reagir de forma mais positiva aos incentivos financeiros do que os que

buscam ou mantêm conduta estritamente baseada na ética e no bem-estar do paciente (GODAGER; IVERSEN; ALBERT MA, 2009).

O sistema de remuneração de pagamento por desempenho tem efeito negativo no comportamento de empregados com baixo índice de alinhamento no comportamento, mas não para empregados com alto valor de alinhamento com os empregadores. Empregados com baixos níveis de alinhamento, cuja produtividade não consegue atingir o mínimo necessário para qualquer recompensa, veem no pagamento por desempenho efeito devastador e negativo (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

O sistema de saúde da Noruega funciona em uma base estritamente pública, sendo que o médico tem a remuneração dividida em três partes:

- a) a primeira parte corresponde a um montante fixo proporcional à quantidade de horas trabalhadas, que recebe a título de prestação de serviço em um centro comunitário, gastando para isso cerca de sete a oito horas por semana;
- b) a segunda parte corresponde a um modelo de remuneração por procedimento realizado para cada paciente;
- c) a terceira forma, ou complemento de remuneração, é baseada no modelo de capitação, em que a quantidade de pacientes que estariam sob seus cuidados seria levada em consideração.

Há uma correlação entre a quantidade de horas trabalhadas nos centros comunitários com o tempo dispensado para a realização de cada procedimento, sendo assim, as duas formas de remunerações seriam comparáveis na base, isto é, pela quantidade de horas trabalhadas para realizá-las (GODAGER; IVERSEN; ALBERT MA, 2009).

As ineficiências tendem a ser persistentes nos sistemas de saúde em contraste com alguns setores da economia nos quais a competição e outros incentivos econômicos levam à diminuição de desperdício. Na saúde, nenhum dos atores tem ou recebe incentivos para economizar (BENTLEY et al, 2008).

A ideia econômica que sustenta a reforma legal proposta nos EUA, em semelhança ao mercado de operadoras de saúde, que fez uma transição entre o pagamento meramente retrospectivo e por procedimento para outras formas de remuneração, foi gerar uma relação íntima entre o principal e o agente (FEEN; GRAY; RICKMAN, 2007).

Mesmo em outras formas de remuneração, sempre o pagamento básico deve ser igual ou maior do que as compensações que os agentes devam conseguir no caso de atingirem metas. No caso do pagamento de médicos, será também determinado por julgamento social implícito que leva em consideração os gastos necessários para atrair talentos individuais para a profissão (SIMONET, 2005).

Conceitualmente, a forma mais simples de pagamento é aquela que recompensa por meio de incentivos de fácil entendimento de acordo com a execução do serviço. É a compensação ligada diretamente ao esforço despendido para a realização da tarefa (SIMONET, 2005).

Do ponto de vista social, a política contemporânea que debate os efeitos dos mecanismos de pagamentos nos estilos, formas de tratamento e condutas dos médicos é baseada em suposições simplistas sobre a natureza e a prevalência de um método em particular, porém a existência de atributos comuns entre os mecanismos de pagamentos a médicos e os utilizados em outras profissões, ocupações e na indústria são sempre negligenciados (SIMONET, 2005).

Nenhuma forma de pagamento atualmente encontrada na literatura pode promover eficiência e equidade de acesso simultaneamente de modo a permitir acesso irrestrito às necessidades de saúde dos beneficiários da saúde suplementar. A melhor remuneração, não somente de médicos mas de todos os profissionais envolvidos na entrega do serviço, atenção e promoção da saúde, tem de ter menor custo para a operadora de plano de saúde (SIMONET, 2005), para o Sistema de Saúde Suplementar, para o Sistema Único de Saúde ou mesmo para qualquer cidadão comum.

Cerca de 60% de todos os beneficiários segurados dos EUA recebem cobertura por planos oferecidos pelo empregador. A maioria das empresas tende a oferecer somente planos básicos para os empregados. Normalmente, as empresas

assumem a responsabilidade de reembolso dos prestadores diretamente (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004).’

O ato orçamentário de reconciliação de 1981 nos EUA deu aos executivos federais a prerrogativa de liberar alguns Estados americanos de certas restrições do programa principalmente em duas áreas (THOMPSON; BURKE; COURTNEY 2008):

a) em permitir que haja restrição na liberdade de escolha dos beneficiários, passando os mesmos a fazer as próprias escolhas em uma lista de prestadores do Programa “*Medicaid*”;

b) a adoção de outras formas de pagamento diferentes do sistema de pagamento por serviço.

Utilizando-se desse artifício, muitos Estados americanos instituíram várias formas de modelos de pagamento do tipo “*managed care*” (THOMPSON; BURKE; COURTNEY 2008).

Os princípios organizacionais e seus mecanismos se inter-relacionam com a sociedade, e são importantes pontos advindos das teorias sociais de remuneração de profissionais. Os três princípios organizacionais, e seus mecanismos correspondentes, estudados por Adler, Kwon e Heckscher (2008) são como segue.

a) **Princípio hierárquico**, cujo mecanismo social é a autoridade, sendo o controle exercido pelo processo e pelo comportamento. Os objetivos são dependentes, e são melhores alcançados pelo próprio controle.

b) **Princípio do mercado**, cujo mecanismo social é a competição de preços, com o controle sendo exercido pelos “*outputs*”. Os objetivos são independentes e melhores alcançados pela flexibilidade.

c) **Princípio de comunidade**, cujo mecanismo social é a confiança, o controle é exercido pelos “*inputs*”, os objetivos são interdependentes e melhores atingidos pela inovação.

Na organização hierárquica, o que é trocado é a obediência à autoridade, seja para a segurança material, seja espiritual, sendo essa troca difusa. Nestes casos, mesmo que os contratos normalmente não especifiquem todos os deveres dos empregados, fica claro e explícito que os empregados têm de cumprir ordens (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

A relação hierárquica implica em obedecer a ordens e regras, mesmo que elas não estejam predeterminadas formalmente por meio de contratos. Como dito anteriormente, os contratos dos empregados são explícitos nos termos e nas condições, mesmo que não sejam específicos. Na organização de mercado, as trocas de bens e serviços com fins monetários se impõem. As trocas são específicas e ao mesmo tempo explícitas (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

Nas relações baseadas nos princípios da comunidade, as trocas são de favores, presentes e “*know-how*”, sendo feitas de forma difusa. Nestes casos, a reciprocidade é mais generalizada que a especificidade, e os contratos são tácitos (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

A profissão de médico é uma profissão especializada, sendo uma das mais especializadas no mercado de trabalho, quer seja no mercado nacional, quer no mundial.

Reed (1996) diferenciou três grandes categorias gerais entre as ocupações mais especializadas:

a) **profissionais independentes**, representados por médicos, arquitetos e advogados e correspondendo a profissionais que atuam de forma independente, sem subordinação;

b) **profissionais em organizações**, representados por administradores, engenheiros assalariados, técnicos e professores que possuem relações hierárquicas dentro de uma instituição;

c) **profissionais do conhecimento**, que funcionam graças à sua expertise: como consultores, engenheiros de projetos e analistas de sistemas.

A aplicabilidade básica para tal diferenciação está, segundo Reed (1996), no fato de a coordenação de esses três grupos ser feita de formas diferentes. No primeiro grupo, a coordenação leva mais em conta o relacionamento de amizade entre os profissionais; no segundo é baseada na hierarquia; e no terceiro grupo em uma relação de rede de mercado (REED, 1996).

Na Medicina está havendo alteração desse perfil ao longo dos anos, o que é corroborado por Hackbarth (2005), que afirma em seu trabalho que os médicos se estão transformando em investidores capitalistas, pois estão passando a ser donos de empresas e contratando outros profissionais (médicos) para prestarem o serviço por eles.

Em lugares onde existe maior concentração de HMO, o modelo tradicional de pagamento por procedimento (FFS) é menos comum do que o modelo de capitação (“*capitation*”) ou trabalho assalariado não baseado em produtividade (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

Segundo Adler, Kwon e Heckscher (2008), em ambos os casos, o mercado e as pressões hierárquicas tendem a fazer mais forças sobre os médicos. Uma nova categoria crescente de administradores-médicos vagueia na fronteira entre a autoridade burocrática e as relações profissionais.

Os valores tradicionais de autonomia estão sendo alterados pela demanda crescente de colaboração em um serviço burocrático estruturado pelo incremento do pensamento coletivo. Na prática, é uma combinação das três formas de organização que está surgindo e proliferando. Enquanto a forma arquitetural da organização do

trabalho profissional, representada pelo profissional liberal independente e pequenos grupos de profissionais, está lentamente desaparecendo, as novas formas sempre refletem mais ênfase nos três princípios. A independência do profissional liberal está tendendo a diminuir (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

Mesmo na Medicina e no Direito está havendo tal retrocesso da liberalidade profissional, e a popularidade de grupos de trabalho está crescendo (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

As pressões na cobrança por mais eficiência e qualidade revelam uma inovação sistemática que a cada dia está mais intrínseca na prática diária (FRANKFORD; PATTERSON; KONRAD, 2000). Segundo Audet *et. al.* (2005), a Medicina, há muito tempo, está na contramão das pesquisas de treinamento e desenvolvimento das universidades, ou na contramão da indústria farmacêutica e de materiais médicos. Porém, as pressões pela efetividade em custos, segurança e qualidade estão estimulando o desenvolvimento de práticas baseadas em melhores desempenhos entre a comunidade (*“community-based performance”*).

Adler, Kwon e Heckscher (2008) resumem as categorias sociológicas propostas pelo alemão Ferdinand Tönnies para os dois tipos de associação entre os homens. A comunidade *“Gemeinschaft”* tem a divisão de trabalho baseada em mecanismos de divisão coordenada por normas ordinárias, e há uma dependência vertical.

Na comunidade *“Gemeinschaft”*, a estrutura é local e fechada. Os valores são baseados em lealdade, honra, dever, respeito pela posição social. A autoridade é legitimada pelo carisma e pela tradição. Os valores são baseados no coletivismo, e a orientação dos outros pelo particularismo, e a própria orientação dependente da própria construção (ADLER; KWON; HECKSCHER 2008).

Em contraste com a *“Gemeinschaft”*, a *“Gesellschaft”* tem uma divisão orgânica do trabalho coordenada pelo preço, pela autoridade, ou por ambas, havendo uma interdependência horizontal em sua estrutura, a qual é global e aberta, cujos valores são integridade, competência, consciência. A autoridade é justificada pela racionalidade legal, e os valores baseados em um consistente racionalismo individual. A orientação dos outros se baseia no universalismo, e a própria

orientação é independente da construção individual de cada um (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

Segundo Adler, Kwon e Heckscher (2008), está surgindo uma comunidade que difere substancialmente das características de mercado, hierárquicas e de relacionamento com a comunidade, que é a comunidade colaborativa. A comunidade colaborativa tem a divisão de trabalho a partir da divisão orgânica coordenada por uma colaboração consciente, havendo interdependência colaborativa, tanto horizontal quanto vertical. A estrutura tem redes globais, porém com fortes amarras locais, S seus valores são contribuição, interesse, honestidade e o colegiado. A legitimação da autoridade se faz pela racionalização do valor, com valores tanto no coletivismo quanto no individualismo. A orientação dos outros se faz também tanto pelo particularismo, quanto pelo universalismo, e sua própria orientação é baseada na interdependência das próprias construções.

Como associação, os profissionais liberais são caracterizados por competição monopolizadora. De certa forma, os profissionais liberais adquirem certos elementos de “*Gemeinschaft*” que são proeminentes nas associações medievais. Os profissionais liberais empregam um número limitado de trabalhadores. No caso da Medicina, um médico emprega certa quantidade de assistentes ou técnicos nos consultórios, que atuam para melhorar o desempenho do médico na realização das tarefas, e não diretamente como fonte de receita ou de lucro (ADLER, KWON, HECKSCHER, 2008).

Por outro lado, os modernos profissionais liberais também apresentam algumas características das comunidades “*Gesellschaft*”, visto que as adaptações às exigências de mercado cresceram muito em escala e introduziram uma administração mais racional, embora, como associações, a estrutura de autoridade continue relativamente intacta (ADLER; KWON; HECKSCHER, 2008).

No caso da Medicina, segundo Adler, Kwon e Heckscher (2008), as três formas de comunidades profissionais separam esta ciência como:

- a) Medicina como associação;
- b) Medicina como profissional liberal;

c) Medicina como profissão cívica e colaborativa.

O médico atuando na Medicina como associação mantém o conhecimento tácito e a habilidade adquirida no aprendizado individualizado, quando relacionado à habilidade nas tarefas. Já como profissional liberal, mantém um misto de conhecimento tácito e explícito e uma habilidade adquirida no treinamento na universidade e no aprendizado individualizado, com atualizações continuadas limitadas e leituras de revistas científicas. E como profissão cívica e colaborativa, o médico mantém uma habilidade adquirida no treinamento na universidade e no aprendizado individualizado, associado a um aprendizado contínuo, tanto no trabalho, quanto fora dele, além de um crescimento rápido no conhecimento técnico e da necessidade de novas habilidades, como trabalho em equipe, aprendizado e sistemas de informação e habilidades administrativas (ADLER; KWON; HECKSCHER 2008).

A divisão do trabalho na Medicina como associação é feita de forma mecânica do trabalho coordenada por normas ordinárias, em que todo médico é um generalista e cujos ganhos são baseados no pagamento individual dos pacientes. Como profissão liberal, a Medicina mantém uma divisão orgânica do trabalho entre generalistas e especialistas, coordenada por trocas sociais entre generalistas e universidades especializadas e pesquisadores de organizações, coordenadas por amarras sociais e de mercado, cujos ganhos são baseados no pagamento dos pacientes mais uma remuneração variável dividida entre os parceiros. Já como profissão cívica e colaborativa, a Medicina necessita de maior especialização dos generalistas, cuja divisão orgânica do trabalho é coordenada por uma colaboração consciente, na qual grupos de médicos planejam colaboração entre atendimento primário e especializado e entre especialistas. Nota-se também o aparecimento do profissional administrativo, e os ganhos dos médicos estariam relacionados tanto ao desempenho individual, quanto ao desempenho global, baseados na efetividade de custo e na qualidade, quer seja no trabalho como clínico, quer como administrador, nos cuidados com o paciente ou na saúde comunitária (ADLER; KWON; HECKSCHER 2008).

Adler, Kwon e Heckscher (2008) referem que os relatórios do Instituto de Medicina descrevem um processo evolutivo de prática médica de forma corporativa, passando pela profissão liberal, em direção a uma forma colaborativa. Esse processo traz o foco no serviço ao paciente, e o gerenciamento da utilização é uma responsabilidade que deve ser dividida por todos os médicos (BOHMER; EDMONDSON; FELDMAN, 2002).

Algumas organizações de saúde como a *“Intermountain Health Care”* e a *“Mayo Clinic”* são exemplos desse modelo emergente, embora até 2002 nenhuma dessas organizações tenha realmente implantado todos os aspectos (BOHMER; EDMONDSON; FELDMAN, 2002).

Número crescente de hospitais está incentivando os médicos a ser colaborativos com enfermeiras e outros profissionais do hospital para aumentar a qualidade e a efetividade em custo (GITTEL et al, 2000).

O Hospital Metodista de Riverside, em Ohio, criou alguns comitês para normatização dos algoritmos em cuidados primários, doenças cardíacas e na saúde da mulher (HAGEN; EPSTEIN, 2005); e em alguns outros hospitais há a percepção de que esses comitês são essenciais para que se possam instituir os protocolos clínicos. Em determinados casos, os protocolos clínicos não são impostos aos médicos pelas operadoras de planos de saúde com o intuito de diminuição de custos de tratamento, em vez disso, são desenvolvidos de forma colaborativa, por um time formado de médicos, enfermeiras, paramédicos e pessoal administrativo com o intuito de melhorar a qualidade e aí, sim, diminuir custos (ADLER et al, 2003).

SISTEMAS PROSPECTIVOS E RETROSPECTIVOS DE PAGAMENTOS

Segundo Andreazzi (2003), os modelos de remuneração podem ser classificados de acordo com o tempo em que ocorre o pagamento, que pode ser dividido em pagamento prospectivo e pagamento retrospectivo.

O pagamento prospectivo, que constitui o Sistema de Pagamento Prospectivo (US CONGRESS, 1985), constitui um valor prévio calculado independente da produção e baseado em diferentes critérios, em geral, populacionais, dessa forma, conhece-se o valor total da remuneração previamente à prestação de serviço, isto é, o mesmo é feito em pré-pagamento, sendo as formas mais conhecidas o assalariamento e a capitação.

Dessa forma, o prestador de serviço suporta parcialmente o risco de perdas ou a possibilidade de superávit, devido ao balanço entre valores acordados, custos e despesas incorridas (US CONGRESS, 1985), havendo compartilhamento de risco entre as fontes pagadoras e os profissionais de serviços de saúde (ANDREAZZI, 2003).

O pagamento retrospectivo é a remuneração que ocorre após a efetiva realização dos serviços contratados, isto é, é o pós-pagamento, feito geralmente por meio de tabelas pré-acordadas segundo o atendimento realizado. O maior exemplo desse tipo de remuneração é o pagamento por procedimento (ANDREAZZI, 2003).

O Sistema de Pagamento Retrospectivo (RPS) é um método baseado nos custos históricos. Dessa forma, o método não promove risco ao prestador do serviço, mas o risco fica com o comprador do serviço, visto que pode haver incentivo ao aumento do gasto se mais serviços forem adicionados ou oferecidos por ocasião da assistência ao paciente (US CONGRESS, 1985).

Independente de ser feita pelo sistema de pagamento prospectivo, a remuneração pode ser por serviço, *per capita*, por dia, por hora, por caso atendido, ou alguma outra forma de contabilização da unidade de trabalho (US CONGRESS, 1985).

Na Medicina americana, há inúmeros sistemas de compensação que misturam elementos de pagamentos prospectivos e retrospectivos, sendo que entre estes existem altos e baixos graus de incentivos, que se mantêm entre o pagamento por procedimento e o assalariamento propriamente dito (SIMONET, 2005).

Prendergast (1999) relata os efeitos empíricos dos contratos com pagamento retrospectivo como padrão de contratação de empregados. Os estudos empíricos tomaram muita força nas empresas de cuidados à saúde, principalmente no “*Medicare*” (FENN, GRAY, RICKMAN, 2007).

Estudo de Rice (1983) utilizou alterações das taxas de reembolso para evidenciar a indução de demanda por serviços, principalmente no Sistema de Pagamento Retrospectivo (RPS).

Nos casos de pagamento prospectivo, há incentivos para que os procedimentos sejam realizados com eficiência, pois o risco se encontra no provedor do serviço. O prestador assume riscos consideráveis caso haja aumento ou variação nos custos dos serviços prestados, visto que a remuneração é decidida previamente à realização do procedimento, ou até mesmo à indicação do mesmo.

O Sistema de Pagamento Prospectivo (PPS) foi introduzido nos Estados Unidos em 1983 em resposta às preocupações com os incentivos dados aos médicos para aumentar a demanda. Até aquela data, o pagamento era quase exclusivamente baseado no modelo de remuneração por procedimento, em que uma terceira parte arcava com os custos (FENN; GRAY; RICKMAN, 2007).

Os pagamentos prospectivos foram baseados nos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (DRG), que categorizam cada episódio de cuidado com o paciente, de acordo com o nível de recursos a ser utilizado e o custo. Este modelo de pagamento remunera as taxas hospitalares, porém os médicos ainda permanecem remunerados basicamente por procedimento (FENN; GRAY; RICKMAN, 2007).

Laffont e Tirole (1993) estudaram os incentivos que mais influenciam os contratos quando da mudança da forma de remuneração do sistema RPS para o sistema PPS e concluíram que, ao fazer com que os agentes se tornem os responsáveis por qualquer item adicional ao contrato, eles poderiam prevenir as inflações dos gastos com o aparecimento de “*inputs*” não observados até então, ou não desejáveis.

Atualmente, na existência de um terceiro pagador, o mecanismo de pagamento vem acompanhado de uma coparticipação do paciente, aumentando a responsabilidade financeira para este último e com isso uma busca ainda maior pela racionalização dos gastos ou recursos empregados.

Devido à forma de estruturação da assistência médica no Brasil – em que os médicos que se dedicam a prática da Medicina em consultórios ainda mantêm um modelo organizacional mais liberal, com consultórios particulares, isoladamente ou mesmo até em grupos pequenos, e não como associações ou equipes, mas como forma de redução dos custos manutenção da estrutura física ser diferente do modelo estrutural americano e também do modelo estrutural europeu –, a remuneração do médico pelo Sistema DRG, que remunera os serviços médicos em conjunto com o atendimento hospitalar, não se torna, pelo menos por enquanto, factível em toda a plenitude no nosso modelo assistencial.

Quando se analisam os pagamentos contratuais de advogados, que em consonância com os médicos talvez constituam, no Brasil, as profissões com mais características de profissional liberal, as duas formas de remuneração normalmente observadas nos contratos são os pagamentos retrospectivos pelos suprimentos e os pagamentos baseados em taxas prospectivas, de acordo com o desempenho conseguido em cada caso, causa ou processo (FENN; GRAY; RICKMAN, 2007).

FORMAS DE PAGAMENTO

As formas de remuneração devem proporcionar o pagamento adequado para o tratamento, clínico ou cirúrgico, a ser instituído, em todos os grupos de pacientes atendidos, oferecer oportunidades para os fornecedores compartilhar os benefícios do aumento da qualidade e servir para os consumidores reconhecerem as diferenças nos cuidados de saúde que servirão de base para a decisão da conduta clínica. Devem ainda prever incentivos financeiros baseados em práticas consagradas pela literatura mundial, com isso permitindo que resultados eficazes sejam alcançados (WRANIK; CURIER-COPP, 2009; CHAIX-COUTURIER et al, 2000; IOM, 2007).

A qualidade tem maior probabilidade de melhorar quando os provedores de serviços estiverem motivados e forem recompensados pela elaboração de cuidados de saúde e processos com elevado nível de segurança, eficácia, pontualidade, eficiência e equidade, visando sempre à necessidade dos pacientes e à redução da fragmentação do cuidado (WRANIK; CURIER-COPP, 2009; CHAIX-COUTURIER et al, 2000; IOM, 2007).

Os mecanismos de pagamento podem ser definidos, de acordo com:

- 1) a unidade de pagamento, como, por exemplo, reembolso por pessoa, caso, dia, serviço, visita etc.;
- 2) com base em um pressuposto global, como, por exemplo, o pagamento *per capita*, por unidade, por um procedimento;

- 3) ser pago prospectivamente, ou retrospectivamente, em função do momento da realização do procedimento, e do reembolso;
- 4) a distribuição do risco financeiro que assumem o prestador do serviço e o pagador.

Ao estabelecer o mecanismo de pagamento em um sistema de saúde, determina-se a distribuição do risco financeiro e upara-se se geram incentivos para a prestação dos serviços, geração de demanda ou para o controle dos custos incorridos no atendimento à saúde.

Como formas de remuneração, atualmente existem:

- a) pagamento por serviço (“*fee-for-service*” – FFS);
- b) pagamento por meio de pacotes;
- c) pagamento por capitação (“*capitation*”);
- d) pagamento por desempenho (“*pay-for-performance*”);
- e) assalariamento.

A remuneração com valores apesar de importante não é o único mecanismo de conseguir uma atitude desejada. Existem outros mecanismos de pagamentos baseados e suportados por sistemas que não têm preço, isto é, por métodos de monitoramento e de motivação de um comportamento adequado que até podem ter consequências financeiras, como, por exemplo, benefícios sociais e seguros, porém que estão ligados mais diretamente em blindagem, socialização, perfil, promoção e prática de propriedade (SIMONET, 2005).

FEE FOR SERVICE

No sistema de pagamento por procedimento (FFS), os provedores de serviços são remunerados por todo e qualquer serviço prestado, sendo ele necessário ou não (BENTLEY et al, 2008). Neste modelo, pelo fato de os provedores de serviços receberem a cada serviço realizado, há forte incentivo econômico em manter a acessibilidade ao paciente e reduzir o tempo de espera pelo agendamento, visto que a remuneração é diretamente proporcional à prestação de serviço (GOODMAN; SWARTWOUT, 1984).

Do ponto de vista profissional, este modelo se justifica pelo fato de garantir a preocupação integral com o médico prestador de serviço, no sentido de lhe permitir ao mesmo ofertar tudo que seja necessário e esteja a seu alcance, sem nenhuma restrição, já que o pagamento será realizado após a prestação do serviço (JEGERS, 2002).

O prestador tem autonomia para decidir os procedimentos necessários para o tratamento e é incentivado a prover mais recursos, pois é remunerado por serviço, independente de este serviço ser necessário ou não, de ter indicação ou não, de causar risco à integridade de saúde do paciente ou não (GOODMAN; SWARTWOUT, 1984).

A remuneração paga por FFS recompensa o provimento de serviços inapropriados, a existência de visitas e procedimentos fraudulentos e a produção de encaminhamentos desnecessários entre especialistas, induzindo o agente a aumentar a quantidade de serviços realizados em detrimento do mínimo necessário para que se atinjam os objetivos principais (SIMONET, 2005). Na literatura, há vários estudos que mostram a maior demanda gerada por serviços e procedimentos, por parte dos prestadores de serviços, incluindo neste caso, os médicos, do que seria necessário, devido ao modelo de remuneração baseado em pagamento por procedimento realizado (DEVLIN; SARMA, 2008). Os médicos remunerados pelo

modelo FFS realizam alto número de visitas; e, quando comparados aos médicos que recebem salários mensais, há incremento na produtividade do serviço (RESCHOVSKY; HADLEY; LANDON, 2006) em torno de 20% a 40% (SORENSEN; GRYTTE, 2003).

O mecanismo de *“fee-for-service”*, no qual o sistema de saúde supletivo brasileiro se baseia em essência, cria incentivos para a sobreutilização dos serviços e conseqüente aumento dos custos assistenciais; e mesmo com esse aumento de custo não existem garantias de que haja efetivamente melhor qualidade do nível de atendimento médico à população atendida (KOYAMA, 2006).

Por outro lado, a mudança da forma de pagamento do modelo FFS, por um conceito mais geral, como pagamento por episódio, diagnóstico, tempo ou pacotes de serviços, que são relativamente independentes da quantidade de serviços prestados e da qualidade dos mesmos, cria forte incentivo em não prover o atendimento adequado a todos os beneficiários e a recusa de cuidar dos pacientes mais graves, que gastariam mais, quer diretamente, quer por unidades monetárias gastas, quer por tempo de atendimento, quer de prestação de serviços (HADLEY, 1984).

O sistema americano *“Medicare”*, em contraditório a todas as outras formas de sistemas de cuidados de saúde, mantém a remuneração dos profissionais baseada no sistema de pagamento por procedimento, por unidade de serviço de saúde prestado (RAI, 2001), e os provedores de saúde têm incentivos para maximizar essas unidades de serviços (JOST; DAVIES, 1999).

A maioria dos beneficiários do programa *“Medicare”* (cerca de 85%) está em sistema de remuneração do tipo FFS, e essa percentagem parece que se manterá elevada por um bom tempo ainda. Em suma, o *“Medicare”* é fundamentalmente um sistema FFS que remunera os prestadores de serviços por unidade de serviços de cuidados de saúde prestados. Os prestadores aumentam o volume de serviços simplesmente pelo fato de desempacotar os serviços realizados, e, além do mais, encontram uma necessidade médica em prover serviços nas situações em que a regulação federal não encontra necessidade (RAI, 2001).

No Sistema “*Medicare*”, o agente regulador acredita que os benefícios conseguidos com os custos relacionados são insuficientes para classificar alguns procedimentos como necessários do ponto de vista médico, enquanto o provedor de serviço pensa que o esforço vale a pena, independente do custo-benefício, e também dá incentivos para o aumento da complexidade do serviço, isso porque os valores pagos são proporcionais à complexidade do serviço prestado, fazendo com que os prestadores de serviços prefiram procedimentos mais complexos, e assim mais remunerados, sendo que muitas vezes o agente regulador acha esses procedimentos desnecessários (RAI, 2001).

Fato semelhante ocorre frequentemente na saúde suplementar brasileira, em que profissionais médicos solicitam tratamentos em que são questionados ou interpelados pelos auditores médicos das operadoras de planos de saúde, levando a discussões, quer no âmbito administrativo, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, quer por medidas judiciais interpostas. Sendo que nestes casos, onde há a interpelação judicial, normalmente há concessão de liminares para a realização do procedimento, visto que, na maioria das vezes, o juizado não tem suporte técnico habilitado para decidir no tempo previsto pela legislação, o que alimenta e mantém a prática de solicitação pelos médicos assistentes.

Há tendência a produção excessiva neste tipo de remuneração pela indução desnecessária de atos ou procedimentos a ser realizados para tratar os beneficiários, pois os ganhos mensais dos profissionais envolvidos estão intimamente relacionados à quantidade de serviços realizados; e, se não houve restrição por parte da ética pessoal, moral ou regulação externa, poderá haver tendência a produzir mais serviços do que o necessário, o que pode acarretar riscos ao paciente (GOMES, 2010).

Segundo Hadley (1984), o sistema de pagamento por serviço combinado com uma lista prospectiva de taxas é melhor na capacidade de geração de informações para monitorar a qualidade e o acesso ao cuidado. O mesmo autor ainda refere que esse modelo de pagamento tem chance melhor de atingir a neutralidade econômica, sendo de mais fácil implantação e é de mais fácil entendimento, além de não ter custo muito alto de administração, tornando mais simples visualizar se os aspectos financeiros estão influenciando os serviços providos pelos médicos (HADLEY, 1984).

Os programas com remuneração no sistema FFS como o “*Medicare*” não são voltados para baixo custo e nem para a qualidade dos serviços prestados, isso faz com que sejam programas caros, com uma Medicina baseada e estruturada na figura do médico especialista, e cujo foco do atendimento, a princípio, não é na qualidade e resolução do problema do paciente.

A campanha para combater a fraude e o abuso no programa “*Medicare*” e no “*Medicaid*” representa uma tentativa dos reguladores de evitar questões difíceis e mais fundamentais relacionadas as custo e ao controle qualidade dos programas (RAI, 2001). Hyman (2001) refere que as alegações de fraude como problema na estrutura de pagamento por procedimento sempre envolvem situações nas quais o peso normativo que regulamenta a ação em questão não é claro.

No “*Medicare*”, a análise da questão da fraude e do abuso promoverá o desmanche da estrutura de pagamento por procedimento e a adoção de incentivos financeiros para uma avaliação atenta dos custos com os cuidados a saúde e seus benefícios (RAI, 2001).

Lignon, em 1993, estudou o impacto sobre os gastos marginais dos pacientes ambulatoriais que possuem idêntico diagnóstico, tanto no sistema de remuneração FFS, como nas HMO. Os resultados sugerem que não existem diferenças significativas entre os custos com esses pacientes ambulatoriais no sistema “*fee-for-service*”, quer seja com cobertura integral, quer com coparticipação dos beneficiários e nas HMO. Na conclusão, o autor refere que os incentivos financeiros associados aos HMO afetam a entrega do cuidado à saúde no paciente ambulatorial.

Alguns estudos, porém, mostram que as HMO têm gastos menores do que no sistema de remuneração “*fee-for-service*”, basicamente devido aos menores índices de hospitalização (LUFT, 1981; MANNING et al, 1984).

Os médicos com remuneração atrelada ao modelo de pagamento por procedimento têm ganho marginal maior do que – ou, no mínimo – zero para cada procedimento adicional realizado, diferentemente dos que trabalham no modelo das HMO, em que cada novo procedimento solicitado pelo médico não contempla outro adicional de remuneração, tendo, portanto, remuneração zero, ou menor do que zero, visto que houve um trabalho e um tempo gasto para a realização do mesmo.

Dessa forma, as HMO sempre impõem ao médico alguma forma de divisão de risco em relação aos custos (LIGNON, 1993).

O mesmo autor estudou os efeitos dos sistemas de compensação financeira e das características dos consumidores, incluindo cobertura de seguros e gastos individuais, com pacientes ambulatoriais aos 14 anos de idade, tendo sido comparados, essas variáveis em 39 doenças. Chegou-se à conclusão de que a divisão dos custos com os médicos nos sistemas HMO não diferem nos resultados, além de que os gastos médicos dos atendimentos dos pacientes ambulatoriais não diferem estatisticamente no sistema de pagamento FFS, quer seja com, quer sem coparticipação do beneficiário (LIGNON, 1993).

Em algumas doenças que apresentaram essas diferenças no estudo, Lignon (1993) sugere que a variabilidade de conduta médica entre os tipos de cuidado foi importante e influenciou os resultados. Dessa forma, as HMO diferem basicamente dos cuidados por FFS por dois pontos de vista (LIGNON, 1993):

- a) primeiramente pelo fato de que os médicos estão conscientes dos níveis securitizados pelos beneficiários,
- b) segundo, porque sempre têm custo marginal devido ao tempo gasto com o tratamento não compensado.

Também se pode dizer que as HMO funcionam como meio de controlar o risco moral (*"moral hazard"*), pois controlam o acesso livre dos beneficiários, e com isto têm custos assistenciais menores do que quando se utiliza método de pagamento no modelo FFS, principalmente devido à redução dos níveis de hospitalização; porém, acredita-se que os incentivos financeiros associados às HMO podem afetar a entrega dos cuidados de saúde. Ao alinhar a remuneração do médico ao tratamento da doença em si e não relacionada com a conduta a ser implantada pelo médico assistente, tentam-se minorar os efeitos descritos por Lignon (1993).

A variabilidade das condutas deve ser intrínseca à escolha de cada médico e às circunstâncias clínicas interpostas, sem visar a melhoria da remuneração, como ocorre nos casos remunerados pelo sistema de *"fee-for-service"*.

PAGAMENTO POR PACOTE

No pagamento por pacote de serviços, o prestador tem maior participação no risco e compartilhamento do custo com a operadora contratante. Os diversos serviços compõem um pacote de preço fixo, e com isso a operadora transfere o controle de acesso e da utilização dos serviços aos prestadores, isentando-se do risco do negócio (KOYAMA, 2006).

Vários serviços, como diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos, podem compor um pacote com preço fixo. A somatória da média desses valores compõe o pacote a ser utilizado para contratar prestadores de serviços, principalmente no âmbito hospitalar e de exames complementares de diagnósticos e terapêuticas (BESSA, 2011).

A operadora passa a ter maior previsibilidade dos custos diretos, e o prestador necessita ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário, controlando custos e utilização (KOYAMA, 2006). Dessa forma, é comum a pressão por parte do principal (operadora de plano de saúde) sobre os agentes (recursos médicos hospitalares) não somente por custos mais baixos, mas também com o intuito de previsibilidade e repasse de parte do risco assistencial (OKASAKI, 2006).

A operadora, segundo Bessa (2011), passa a ter melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo, e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência médica que presta ao beneficiário, controlando custos e utilizações envolvidas nesse procedimento acordado. Ainda segundo o autor, trata-se, portanto, de um preço preestabelecido por procedimento, tornando-se uma forma de relacionamento extremamente simplificadora, que elimina praticamente conflitos por ocasião da cobrança e pagamento, reduzindo, portanto, os níveis de glosas.

MANAGED CARE – CAPITATION

Segundo Bessa (2011), o método de pagamento por capitação constitui um modelo de remuneração prospectiva que busca redirecionar o enfoque da atenção à saúde da população, em que há compartilhamento do risco entre os profissionais e os serviços de saúde.

No modelo de capitação (*“Capitation”*), o prestador recebe um valor fixo para cada beneficiário assistido em determinada região, pelo qual passa a responsabilizar-se, e, com isso, todo o atendimento dessa população ficará de responsabilidade deste prestador, que terá de gerenciar a utilização dos recursos aplicados. O risco arcado pelo prestador é maior, que assim deverá exercer mais controle (BALZAN, 2000).

As HMO são uma alternativa mais econômica ao modelo convencional de pagamento por serviço, reembolsos e outros tipos de arranjo securitário. Essas organizações devem ter menores índices de utilização dos serviços médicos devido somente ao modelo de remuneração, isto é, ter a receita baseada no pagamento por capitação com taxa de pagamento mensal por beneficiário. Essas empresas não recebem mais nenhum outro incentivo financeiro por qualquer serviço adicional prestado, sabendo-se que qualquer prestação de serviço adicional ocorrerá sem que haja aumento dos valores recebidos pela prestação dos mesmos, fazendo com que haja incentivo em devolver à população a menor quantidade de cuidados possíveis (MANNING; WELLS, 1986).

Da mesma forma em que se espera que haja maior quantidade de serviços prestados caso a remuneração seja pelo método de pagamento por procedimento, no modelo de pagamento por capitação espera-se que haja menor disponibilização de serviços possíveis, pois, diferentemente do modelo FFS, no modelo de capitação

não há remuneração para cada novo serviço ou procedimento prestado (MANNING; WELLS, 1986). Neste caso, em uma análise mais negativa, a remuneração por capitação recompensa a não realização de serviços, a negação de serviços que seriam apropriados, o desleixo com a doença crônica e um pequeno escopo de prática todas as vezes que um paciente necessitar de serviços (SIMONET, 2005).

Dentre as características descritas por Luft (1981) ao definir uma HMO, tem-se que:

- a) requerem pagamento fixo e periódico;
- b) são organizações que são independentes da utilização dos serviços;
- c) assumem os riscos financeiros e/ou ganhos em prover os serviços.

Os Sistemas Administrados de Saúde têm propiciado alterações nas relações entre provedores de saúde (médicos, laboratórios e hospitais). Na maioria dos casos, é o médico que toma as decisões sobre os recursos necessários ao atendimento do paciente, dessa forma, os hospitais esperam que os médicos atuem em favor o interesse do sistema, os quais não necessariamente são os mesmos dos pacientes (CISS, 2005).

O “*Medicaid*” pode funcionar, segundo King e Christian (1996), como:

a) planos de saúde com capitação total – também conhecidos como planos de altos riscos, muitas vezes tendo os maiores níveis de riscos divididos e de integração de serviços. Nestes casos, os contratos com as organizações de “*Managed Care*” são normalmente com as HMO para prover cuidados aos beneficiários, então o Estado paga a essas organizações uma taxa fixa mensal para cada beneficiário que será atendido, e a HMO assume todos os riscos da prestação do atendimento à saúde. Dessa forma, os planos de saúde com capitação total, ou de pré-pagamento, têm redução muito grande no valor gasto com os referidos programas, porque produzem pouco incentivo para o aumento da demanda por parte dos prestadores e grande incentivo nos mecanismos de controle da utilização desses serviços;

b) planos de saúde em pré-pagamento – também conhecidos como de capitação parcial ou planos de saúde com riscos limitados. Estão entre os planos de capitação total e os planos de gerenciamento de casos no que se refere aos controles dos custos pelos prestadores e planos de saúde. Há a contratação de uma gama de serviços básicos em um modelo de capitação, enquanto outros provedores têm contratos baseados em um modelo de pagamento por procedimento, como, por exemplo, os serviços de urgência e emergência, tratamento dentário, cuidados prolongados, medicações, e tratamento de dependência química;

c) gerenciamento dos casos de cuidados primários – sendo que neste caso os riscos da prestação de serviços estão localizados do outro lado da cadeia. Nestes programas, o Estado assume o risco total do financiamento dos beneficiários do programa “*Medicaid*”, porém a coordenação dos cuidados de saúde é gerenciada por prestadores de cuidados primários, como, por exemplo, médicos da família e pediatras, que funcionam como médicos triadores, ou “*gatekeepers*”. Os reembolsos são baseados no modelo de pagamento por procedimento, e os prestadores recebem um pequeno valor mensal como taxa de gerenciamento desses pacientes.

Segundo Dor, Grossman e Koroukian (2004), o “*managed care*” tornou-se um modo eficaz de obter desconto dos provedores médicos, porém as implicações decorrentes são um problema a ser debatido.

Segundo alguns críticos, as organizações de Sistemas de Saúde Administrados conseguem economias à custa da redução da quantidade de serviços prestados, enquanto outros autores referem que há ganho real de economia, conseguido em consequência de descontos por unidade de cuidados em vez da redução de quantidade de serviço prestado (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004).

Estes autores empregaram dados que permitiram observar os preços de transação, isto é, os pagamentos atuais gerados pelo pagador e recebidos pelo hospital para os procedimentos principais em um formato não empacotado. A análise, segundo os autores, difere dos estudos anteriores em algumas dimensões, principalmente em relação ao foco na diferença de preços entre as várias

seguradoras e os empregados, em vez da diferença dentro de uma grande seguradora, sendo, em consequência, criada uma derivação específica empírica baseada na estruturação do poder de barganha. Para que possa ser identificado o desconto propriamente dito, o trabalho foi focado em procedimento específico, no caso, a doença coronariana (DOR, GROSSMAN e KOROUKIAN 2004).

O rápido crescimento dos valores gastos com as HMO, associado aos aspectos de controle burocráticos, tem feito com que haja transferência em favor de uma nova forma de “*managed care*” que permite aos empregados grande flexibilidade e de escolha de provedores (FREUDENHEIM, 2000).

A forma dominante do “*managed care*” é realizada pelas PPO, que representam um tipo de seguro em que uma rede selecionada de prestadores é contratada para prestação de serviços com desconto, estando presentes em mais de 30% dos casos. Alguns casos incluem as Organizações de Provedores Exclusivos (EPO). Um pequeno percentual de beneficiários está alocado em planos de saúde que promovem cobertura limitada a doenças com alta gravidade e serviços médicos mais prolongados (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004).

As EPO trabalham em redes similares, mas têm como diferença para as EPO o fato de não permitir aos beneficiários a opção de atendimento fora da rede de prestadores e por possuir valor alto de coparticipação (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004). Também um pequeno percentual de beneficiários é atendido por “*Point of Service*” (PPO-HMO). Assim como as HMO tradicionais, as PPO-HMO são empresas que recebem em pré-pagamento, porém não são dadas as opções e escolhas fora da rede de provedores a um custo elevado (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004).

Segundo a “*Health Insurance Association of America*” (2000), em uma comparação nacional, as PPO eram as formas dominantes dos seguros privados na década passada, como uma fatia de mercado de 49%, comparado a 25% de participação de mercado das HMO, e somente 26% dos planos cuja remuneração é baseada em pagamentos por procedimentos. As EPO compreendem 2% do mercado nos Estados Unidos da América.

As empresas que trabalham no sistema de “*managed-care*” tentam influenciar nas decisões de tratamento negando autorizações e pagamentos e restringindo a utilização de medicamentos que podem ser prescritos pelos médicos (HIMMELSTEIN; HELLANDER, 2001).

PAY-FOR-PERFORMANCE

Do ponto de vista histórico, a política de avaliação das pessoas e suas respectivas produções como procedimento administrativo regular dentro das organizações começou mais ou menos junto com a revolução nas relações de trabalho trazida por Frederick Taylor. O embasamento filosófico desta política em um mundo estritamente industrial e empresarial visa identificar quem trabalha de forma correta e quem não trabalha (BARBOSA, 1996).

Com o passar dos anos, a avaliação de desempenho perdeu o caráter subjacente punitivo, de segregar quem trabalhava e quem não trabalhava, adquirindo o status de termômetro das necessidades e das realizações das organizações e dos indivíduos (CHIAVENATO, 1985). Segundo Barbosa, embora a filosofia sobre a avaliação de desempenho tenha mudado e, na época atual, seja concebida como um poderoso instrumento para a orientação e promoção do crescimento pessoal e profissional das pessoas e das empresas, na prática, ela é uma fonte de atritos, insatisfações e frustrações para aqueles que a concebem e aplicam bem como para aqueles que são alvo de sua aplicação (BARBOSA, 1996).

A meritocracia pode ter enfoque sobre dois critérios distintos (BARBOSA, 1996):

a) ordenação social – quando leva em consideração a capacidade de cada um realizar determinada tarefa ou se posicionar em uma determinada hierarquia baseando-se nos talentos ou esforço pessoal, a meritocracia é olhada sob o ponto de vista da ordenação social;

b) ideologia – quando é analisada do ponto de vista da ideologia, ela passa a ter valor globalizante, como critério fundamental e moralmente correto para toda e qualquer ordenação social, principalmente no que diz respeito à posição socioeconômica da pessoa.

Nesse sentido, isto é, em uma ideologia meritocrata, e ainda segundo Barbosa (1996), as únicas hierarquias legítimas e desejáveis são baseadas na seleção dos melhores. As sociedades organizadas a partir de uma ideologia de meritocracia, onde a posição social deve ser ocupada pelos melhores com base no desempenho individual. Fazendo-se um paralelismo entre o sistema de meritocracia existente nas corporações e na remuneração dos profissionais assalariados, o método de pagamento por desempenho visa à melhor remuneração baseada em resultados de forma individualizada.

Na teoria meritocrática e, por paralelismo, no pagamento por desempenho, a sociedade reconhece que os membros individuais (sujeitos empíricos) diferem entre si em termos de resultados que apresentam no desempenho de determinadas funções, e principalmente a meritocracia alia, em suma, a igualdade de oportunidades com eficiência. As sociedades individualistas modernas simultaneamente que operam por meio de sistema meritocráticos e têm ideologia de meritocracia; e, conseqüentemente, no contexto social, a questão central do debate não é mais se a mente e o desempenho sejam os critérios que devam servir de parâmetro para a hierarquia social (BARBOSA, 1996).

Os modelos econômicos de compensação geralmente levam em consideração o fato de que desempenho melhor requer esforço de trabalho maior. Para a realização dos incentivos, os modelos preveem a existência de sistemas de recompensa, cuja estrutura de compensação é baseada no fato de que a vantagem

esperada pelos trabalhadores aumenta com a produtividade observada (BAKER; JENSEN; MURPHY, 1988).

Essas recompensas podem ser de diferentes formas, incluindo elogios de superiores ou de colegas de trabalho, promessas implícitas de promoções futuras, sentimento de reconhecimento ou recompensa em dinheiro devido ao desempenho. Os economistas mesmo entendendo que as recompensas não monetárias pelo desempenho são importantes, tendem a focar em recompensas econômicas porque os indivíduos são propensos a substituir recompensas não monetárias por monetárias, e porque o dinheiro representa uma reivindicação generalizada no meio e normalmente é preferido mesmo quando comparado em objetos de mesmo valor econômico (BAKER; JENSEN; MURPHY, 1988).

Ainda segundo Baker, Jansen e Murphy (1988), há evidências de que os valores financeiros de recompensa raramente compensam os esforços empregados e a variação salarial quando comparados a funcionários de empresas que tiveram resultados anuais melhores do que outras organizações – nestas empresas, os empregados tiveram bônus de cerca de 7% de ganho acima do salário.

Quando se comparam os resultados anuais das organizações, e, neste caso, extrapolando para a atividade médica, pode-se inferir que desempenho significa qualidade de atendimento à saúde e provimento de saúde aos beneficiários. Em última análise, isso deveria ser percebido pela população, levando a organização em questão a poder agregar no prêmio mensal valores superiores devido ao valor agregado, e com isso teriam melhores resultados econômico-financeiros ao final de cada ano.

Segundo Escrivão Jr. (2007), qualidade é um termo abstrato que ao longo dos tempos vem sendo definido de diversas maneiras, sempre decorrentes das necessidades das organizações e dos objetivos dos avaliadores. Qualidade pode ser entendida como excelência, valor, conformidade a critérios definidos e até como satisfação dos beneficiários dos serviços de saúde. Que não existe consenso na literatura quanto à definição e classificação dos indicadores de qualidade, com tendência a fazer distinção entre as três dimensões clássicas da formulação de Donabedian, isto é, estrutura, processo e resultado.

O entendimento global da estrutura interna de incentivos é ponto crítico no desenvolvimento de uma Teoria da Agência que seja viável, desde que os incentivos determinem uma visão macro da forma como os indivíduos são colocados dentro da atitude empresarial (BAKER; JENSEN; MURPHY, 1988).

Um sistema de pagamento no qual existe um processo de compensação intimamente ligado ao desempenho dos empregados é uma forma de controle organizacional, pois motiva os empregados a dispensar esforço no desempenho do exercício das atividades, controlando-lhes as atitudes e comportamentos e resultados, ou ambos (OLIVER; ANDERSON, 1995).

Segundo Organ (1998) e Smith, Organ e Near (1983), uma forma crítica de comportamento ou atitude além de suas funções é o comportamento organizacional cidadão, no qual o empregado vai além do exercício das atividades ou funções, o qual é discreto e não explicitamente reconhecido pelo sistema de recompensa formal das organizações, mas que contribuem para a efetividade organizacional. A atitude ou comportamento organizacional cidadão é desejável do ponto de vista organizacional porque se acredita que tal atitude aumenta os recursos disponíveis e diminui a necessidade de mecanismos de controles formais e mais onerosos (PODSAKOFF; MACKENZIE, 1997; ORGAN, 1998).

Um paradoxo da organização social é que a variabilidade humana deveria ser reduzida para garantir desempenhos previsíveis e as atividades inovadoras e espontâneas do exercício habitual das funções do colaborador devem ser encorajadas (KATZ, 1964). Existem muitos trabalhos de pesquisa que têm como objetivo a garantia de um desempenho previsível e confiável (EISENHARDT, 1989; GOVINDARAJAN; FISHER, 1990; JOHNSON; GILL, 1993), e outra gama de artigos em cujo constructo os empregados realizam trabalhos fora das funções formais ou habituais e sobre sua importância no funcionamento efetivo das organizações (PODSAKOFF; MACKENZIE, 1997).

Os trabalhos que estudam a intersecção dos sistemas de controles e a realização por parte dos empregados de realização de funções além das habituais, justamente no ponto de identificação em que o paradoxo crítico descrito por Katz ocorre (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

Deckop, Mangel e Cirka (1999) estudaram as múltiplas estruturas teóricas para explicar porque graus diferentes de alinhamentos de interesses determinam o impacto do sistema de pagamento por desempenho no âmbito do comportamento organizacional. As teorias de controle com base econômica oferecem estruturas para os entendimentos das trocas entre empregados e organizações. A Teoria da Agência, por exemplo, refere-se ao relacionamento em que uma parte – o principal – delega trabalho para a outra parte – o agente.

A maioria dos modelos da teoria da agência se baseia no pressuposto de que o principal e o agente têm objetivos divergentes, e é sempre caro, para o principal, o monitoramento do comportamento dos agentes, devido à assimetria de informação entre ambos (FAMA, 1980; EISENHARDT, 1989). A relação entre os prestadores e a operadora de plano de saúde que oferece serviços por meio de prestadores contratados, quer sejam empregados, quer terceirizados, como, por exemplo, profissionais médicos precisam ter seus objetivos alinhados, e podem, por extrapolação, ser comparados ao principal e ao agente, na teoria da agência.

O principal basicamente pode escolher o provimento de algum sistema de recompensa baseado em resultados, na tentativa de alinhar os próprios interesses aos dos agentes, ou então investir em mecanismos para o monitoramento do comportamento do agente (EISENHARDT, 1989). A eficiência relativa a cada opção de controle é dependente dos níveis de incerteza, aversão ao risco, custo do monitoramento das atitudes e comportamento e outras variáveis relacionadas (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

A maioria dos estudos sobre a Teoria da Agência, até 1998, baseavam-se ou eram focados nos altos executivos das organizações como sendo os agentes (BARKEMA; GOMEZ-MEJIA, 1998); e, mais recentemente, esses estudos de estratégia passaram a examinar a relação entre o principal e o agente, para os empregados alocados nas estruturas hierárquicas, abaixo dos altos executivos (EISENHARDT, 1989; GOMEZ-MEJIA; BALKIN, 1992; MILKOVICH; GERHART; HANNON, 1991; STROH et al, 1996).

Segundo Eisenhardt (1988), os empregados de nível hierárquico diferente dos dirigentes têm poucas oportunidades de interferência nos indicadores-chave de

desempenho da firma, com isso, muitas empresas baseiam os incrementos de remuneração como pagamento de mérito, em pressupostos subjetivos de atitudes e comportamentos dos empregados. Tomando-se como linha de pensamento os estudos do autor, o profissional médico dentro de uma estrutura de operadora de plano de saúde, sendo um prestador de serviço contratado, por meio de contrato assalariado, ou por prestação de serviço, é um dos principais responsáveis pelo desempenho da operadora, seja quando se levam em consideração somente os aspectos de provimento e atenção à saúde, seja quando se analisam indicadores econômico-financeiros de desempenho empresarial.

Segundo Gomes (2010), um modelo de pagamento por desempenho deve ter como premissas básicas o foco no paciente, o envolvimento dos médicos na construção e no desenho do programa, a participação voluntária, além de aferições por meio de indicadores baseados em sólida evidência científica – e por fim a premiação pela alta qualidade.

Uma vez que o sistema de pagamento por desempenho é baseado no monitoramento das atitudes e comportamentos, ou no controle dos resultados, o objetivo deste sistema de remuneração é o encorajamento de empregados em maximizar o desempenho individual e os esforços de cada parte (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999), desta forma, os incentivos encorajam os médicos a atingir os padrões de cuidados delineados ou aferidos pelas medidas de desempenho (GREENE; NASH, 2009) e também promovem o uso mais eficiente dos recursos a fim de melhorar os resultados, oferecendo incentivos à qualidade e não à quantidade de serviços (GLICKMAN; PETERSON, 2009).

Dessa forma, algumas atitudes específicas e resultados, que não seriam explicitamente recompensados, poderiam ser desencorajados pela organização, o que poderia ser um risco (MORRISON, 1996). Se o pagamento por desempenho da operadora estiver baseado no melhor desempenho econômico-financeiro, ela pode agir em detrimento do objetivo principal das organizações de prestação de serviço de saúde, que é a atenção à saúde dos beneficiários.

Os autores da Teoria da Agência e proponentes de teorias relacionadas, como a Teoria dos Custos Econômicos de Transação (WILLIANSON, 1981), relatam

que os interesses das partes envolvidas nas transações não estão alinhados (DAVIS; SCHOORMAN; DONALDSON, 1997). Ouchi (1980) baseou trabalho no pressuposto de que os objetivos dos empregados e empregadores divergem, estudando a estrutura econômica dos custos de transação relacionada ao pressuposto da incoerência de objetivos, que variam da total divergência a pouca ou nenhuma divergência entre objetivos de organizações e dos empregados.

O autor, em sua perspectiva, relata que as firmas podem gerenciar proativamente as práticas de seleção e socialização de modo que os objetivos delas e dos empregados estejam alinhados. Essas firmas precisariam de poucos mecanismos formais para medir as trocas entre os indivíduos e organizações, pois a inclinação natural do empregado está condizente com os objetivos da organização.

Um sistema de controle formal, como o pagamento por desempenho, é necessário para a mediação das transações entre as partes, senão uma inclinação natural resultará em uma atitude não cooperativa e transações desfavoráveis (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

Blau (1964) fez uma série de distinções entre as relações de trocas sociais e econômicas em uma organização. As relações das teorias econômicas envolvem relações contratuais tangíveis e sempre de curto prazo, baseadas em um sistema de controle de resultados. As trocas sociais são baseadas na confiança e credibilidade entre as partes, e não têm relação imediatista. A confiança permite que haja assimetrias percebidas e temporárias entre as partes, sem que a relação perca o valor, fazendo com que o valor da relação seja colocado à frente dos interesses individuais.

A existência de um modelo de pagamento por desempenho, em que há possibilidade de desconto, entretanto, pode desencorajar os empregados em estar engajados em manter comportamentos e atitudes não ligados a recompensas monetárias, incluindo a realização de funções ou tarefas que vão além das habituais (GEORGE; JONES, 1997; MORRISON, 1996; WRIGHT et al, 1993).

Dezenove países que compõem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), entidade que congrega 34 países-membros com alta renda, possuem programas de P4P, ao passo que os demais mantêm

programas de incentivos aos médicos que apresentam indicadores de melhoria baseados em protocolos (OECD, 2009).

Pesquisas em países em desenvolvimento, principalmente na África e na Ásia, também mostram projetos de P4P em andamento, os quais, por meio de incentivos financeiros que encorajam os profissionais a alcançar resultados e metas previamente acordados, podem ajudar a resolver desafios como o aumento do acesso e da qualidade e utilização de serviços de saúde (USAID, 2010), como, por exemplo, o caso de Ruanda, cujo modelo de P4P se baseia ainda na quantidade de pessoas atendidas pelo sistema de saúde.

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

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

Por um lado, a qualidade clínica isoladamente e o cuidado centrado no paciente podem levar a dificuldades econômicas nos sistemas de saúde. Por outro, o foco na eficiência econômica pode incentivar práticas de contenção de custos agressivas que comprometam a qualidade da atenção e as preferências do paciente. Portanto, é necessário encontrar o equilíbrio entre as duas facetas, para atender, simultaneamente, aos valores da saúde e às restrições orçamentárias (IOM, 2007).

Como contraponto ao sistema de pagamento por desempenho, para que a noção de que a relação entre empregados e empregadores possa ser mais do que uma troca econômica tradicional, foram desenvolvidas algumas linhas de pesquisa (DECKOP; MANGEL; CIRKA, 1999).

Van Dyme, Graham e Dienesch (1994) relatam que a relação entre a organização e os empregados é caracterizada por um sistema de troca de valores, identificação com a organização e confiança, que faz com que os esforços intrínsecos de motivação sejam levados mais em consideração do que ganhar ou ter alguma recompensa.

A Teoria “*Stewardship*” desenvolvida como contraponto à Teoria da Agência, define as situações em que os gestores são motivados por questões organizacionais mais do que por objetivos pessoais, porque os interesses estão alinhados entre os gestores e os proprietários (DAVIS; SCHOORMAN; DONALDSON, 1997).

Do lado dos provedores de serviços, há cada vez mais discussões sobre a implantação de remuneração que busque a compensação salarial pelas metas atingidas do que o simples pagamento por procedimento ainda corrente nos EUA. (FERRAL; GREGORY; THOLL, 1998).

Relatam esses autores que no Canadá o pagamento de taxas fixas não garante a qualidade dos serviços nem a eficiência no provimento de serviços médicos. E concluíram que os médicos que trabalham com remuneração de serviços pelo método de pagamento por procedimento veem o paciente por um período de 5,9 horas semanais a mais do que os médicos assalariados, porém, quando se analisa o trabalho total semanal, eles trabalham 5,5 horas a menos a cada semana.

Segundo Koyama (2006), desde 2002, empresas sem fins lucrativos iniciaram projeto de remuneração baseado na bonificação por alcance de metas para os prestadores. O pagamento por performance (P4P) surgiu como alternativa ao sistema de “*managed care*”, como instrumento efetivo de melhoria da qualidade de assistência, com redução de custos e erros médicos e uso intensivo de protocolos.

ASSALARIAMENTO

O trabalho assalariado representa outra forma de remuneração prospectiva, que consiste na forma de pagamento clássico, em que o profissional recebe como remuneração dos serviços executados ao empregador um valor mensal de vencimentos, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais.

Segundo Bessa (2011), esta forma de remuneração independe da produção de serviços, e ocorre principalmente no caso de serviços prestados em locais fechados de hospitais, como unidades de terapia intensiva, prontos-socorros, e unidades de diagnóstico, como, por exemplo, clínicas de imagem, sendo frequente no Brasil nos ambulatórios das operadoras de Medicina de grupo.

Já em 1984, Hadley ressaltava que o trabalho médico assalariado estava aumentando em percentual nas clínicas e hospitais, porém estas organizações promovem recompensa aos médicos assalariados baseados em capitação, serviços realizados ou custo médio.

Na saúde suplementar, em que é menor o nível de assalariamento do médico em relação às contratações de prestação de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), as operadoras de planos de saúde, muitas vezes, se utilizam de métodos de contenção de custos, que podem ser o controle do valor financeiro que cada médico ou clínica gasta, além de interferir no método de pagamento ou no gerenciamento dos médicos e na liberdade de escolha dos beneficiários (HADLEY, 1984).

Fazendo-se um paralelismo entre o sistema de meritocracia existente nas corporações, na remuneração dos profissionais assalariados, o método de pagamento por desempenho visa à melhor remuneração baseada em seus resultados de forma individualizada (BARBOSA, 1996). Há alguns casos de

pagamento assalariado que reduzem o incentivo do profissional nos cuidados de assistência médica em relação ao pagamento por procedimento (SIMONET, 2005).

A remuneração por meio de salários arruína gradativamente a produtividade, sustenta o trabalho preguiçoso e nutre uma mentalidade burocrática na qual todo procedimento é um problema de outra pessoa e não de quem está atendendo o paciente (SIMONET, 2005). Não há incentivo à produtividade, há redução da carga de trabalho individual, a percepção de baixos salários se traduz em diminuição efetiva da jornada de trabalho, não há favorecimento da relação médico-paciente e ocorre aumento do peso relativo dos custos fixos (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 2007).

Gosden *et. al.* (2001) concluem que a remuneração assalariada está comumente associada a baixo nível de entrega de serviços, porém observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos. Ainda os mesmos autores relatam que neste tipo de remuneração há menos serviços médicos prestados como: visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos e encaminhamentos para especialistas.

Segundo Gawande (2010), a “*Mayo Clinic*”, um dos serviços de saúde de mais alta qualidade e menor custo nos EUA, implantou o modelo de remuneração por assalariamento, obtendo sucesso após mudança da política assistencial, quando decidiu focar a atenção ao paciente e não ao aumento da renda individual do médico.

Ao analisar a remuneração médica do setor público, a Prefeitura do Município de São Paulo pratica um verdadeiro achatamento da remuneração, sendo que o salário-base varia de R\$ 883,64 a R\$ 1.060,35.

Normalmente ao salário-base são acrescentadas gratificações relacionadas não ao desempenho das atividades, mas sim à qualidade de diarista ou plantonista e insalubridade e uma gratificação para locais de difícil provimento, que, como o nome mesmo refere, são lugares inóspitos e de difícil acesso. Com essas gratificações, os valores salariais variam de R\$ 2.255,62 a R\$ 2.931,35, levando-se em consideração valores vigentes a partir de janeiro de 2010.

O grande benefício dessa forma de remuneração é maior estabilidade com menores riscos ao médico e a certeza dos níveis de vencimentos ao final de cada mês, facilitando o orçamento e a economia familiar, sendo pouco provável haver tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias (GOMES, 2010).

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÊNEOS

Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (DRG) são uma classificação de grupos de casos hospitalares que utilizam os mesmos recursos hospitalares para o tratamento dos pacientes. Os DRG são classificados de acordo com diagnóstico, procedimentos, idade, sexo e presença ou ausência das complicações ou comorbidades. O pagamento por diagnóstico ou por episódio da doença não determina, por si só, o nível de pagamento que seria adequado (HADLEY, 1984). Os DRG são um dos vários meios de medir o perfil de doenças que internam em um determinado hospital (MORRISON, 1996).

Os DRG são uma classificação dos grupos de casos hospitalares que se utiliza de recursos similares para tratamento. Estes grupos são baseados no diagnóstico, procedimentos, idade, sexo, presença ou ausência de complicações e ou comorbidades. Uma complicação relevante ou comorbidade é definida como uma condição na presença da qual um diagnóstico específico deve aumentar o tempo de internação hospitalar em pelo menos um dia, em 75% dos pacientes.

Na década de 1970 e no início dos anos 1980, foi criado primeiramente nos EUA o então chamado, “*Diagnosis Related Group*” (DRG), ou como é conhecido nos países de língua portuguesa, os Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ou pelos espanhóis como Grupos de Diagnósticos Relacionados (MORRISON, 1996). Neste modelo de pagamento prospectivo, o hospital é remunerado com uma quantia para

cada paciente tratado, não importando o número e o tipo de serviços provido ao paciente (US CONGRESS, 1983).

O pagamento por caso não promove o incentivo a prover mais tecnologia e encoraja hospital e médicos a analisar a real necessidade dos benefícios de um serviço adicional em contrapartida aos custos adicionados. Não se caracteriza por um método de pagamento de profissionais liberais da Medicina, mas sim de remuneração de recursos médicos, principalmente hospitalares, ou ligados à internação de pacientes, no tratamento de doenças (US CONGRESS, 1983).

Ainda em 1983, os autores referem que o modelo de pagamento por caso não sobreviveria sem um método para ajustar as diferenças dos pacientes tratados nos hospitais. Se os hospitais forem pagos por uma mesma quantia para cada admissão independente das características clínicas, serão encorajados a tratar os pacientes que estejam menos doentes e a evitar casos que necessitem de mais recursos (US CONGRESS, 1983).

Os métodos da Plataforma de Doenças e do Índice de Gravidade da Doença para medir o perfil ou a intensidade de cada caso provêm mais informações sobre a gravidade das condições do paciente, mas as informações que normalmente estão disponíveis nos prontuários dificultam a classificação, além de que ambos os métodos estão baseados em avaliações subjetivas. Nenhum deles conseguiu ser implantado de forma ampla (CAMPOS, 2004).

Os DRG foram desenvolvidos para a administração financeira dos cuidados de saúde como um esquema de classificação do paciente que promove uma relação do tipo de paciente que um hospital trata e os custos envolvidos para o hospital. Enquanto todos os pacientes são únicos, grupos de pacientes têm aspectos demográficos comuns e atributos diagnósticos e terapêuticos que determinam os recursos necessários para o tratamento, constituindo-se em uma forma gerenciável, que classifica os pacientes de acordo com a coerência clínica entre eles, correlacionando a um perfil nosológico de casos hospitalares, que demandam recursos e custos associados e semelhantes; isto é, são sistemas de classificação que agrupam os doentes com base no consumo de recursos requeridos para a

atenção à saúde deles e com base nas características clínicas que possuem (US CONGRESS, 1983).

Segundo Noronha *et. al.* (1991), os Grupos de Diagnóstico Homogêneos constituem um sistema de classificação desenvolvido no final dos anos 1960 por uma equipe multidisciplinar de pesquisadores da Universidade de Yale, nos Estados Unidos da América, dirigida por Fetter *et. al.* (1980), sendo o objetivo da equipe realizar pesquisa nas áreas de gerência hospitalar, motivada principalmente pela demanda gerada com a criação do programa “*Medicare*” em 1965. Após o desenvolvimento e utilização nos Estados Unidos da América, o mesmo foi difundido em vários países como: Grã-Bretanha, França, Holanda, Bélgica, Alemanha, Espanha, Itália, Portugal, Áustria, Suíça, Noruega, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Austrália, Canadá, Coreia e Brasil, com desenvolvimento de pesquisas para determinar a possibilidade da utilização do sistema quer em âmbito hospitalar, quer no sistema de saúde como um todo (NORONHA *et al*, 1991).

Segundo Fetter, Freeman e Mullin (1985), o desenvolvimento do sistema foi baseado no processo de trabalho do hospital pelo aspecto da análise dos cuidados prestados ao paciente. Outra questão também referida foi que esses cuidados variavam em função de alguns atributos dos pacientes, tais como idade, sexo, diferentes estados da doença, sendo necessária a caracterização dos diferentes tipos de paciente (FETTER; FREEMAN; MULLIN, 1985; MCMAHON, 1987)

O sistema de classificação busca correlacionar os tipos de paciente atendidos pelo hospital com os recursos consumidos durante o período de internação, criando coerência entre os grupos de pacientes, do ponto de vista clínico e similares ou homogêneos, quanto ao consumo de recursos hospitalares (AVERIL, 1985).

Os DRG permitem uma nova forma de definição do perfil nosológico dos hospitais (“*case-mix*”) e a mensuração do produto hospitalar, de forma que possam, teoricamente, ser utilizados com abordagem de gerenciamento baseada não somente na administração dos insumos, como também no controle do processo do trabalho médico (FETTER; FREEMAN, 1986).

Os DRG foram aprovados para ser utilizados como base para pagamento a hospitais do Estado de “*New Jersey*”, nos EUA, desde outubro de 1983, sendo

utilizados então para o reembolso baseado no sistema de pagamento prospectivo a hospitais que prestam assistência a pacientes, principalmente os idosos, beneficiários do esquema governamental do seguro “*Medicare*” (AVERIL, 1985; MCMAHON, 1987).

Durante a criação dos DRG, foi formado um painel de clínicos, sendo definido como Grandes Categorias Diagnósticas (GCD), a fim de que fossem agrupados os códigos de diagnóstico possíveis segundo os seguintes princípios (US CONGRESS, 1985):

- a) deveriam ter consistência em termos da anatomia, classificação fisiopatológica, ou na forma como os pacientes são tratados clinicamente;
- b) deveriam agrupar número suficiente de pacientes;
- c) deveriam cobrir completamente todos os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID), sem sobreposição.

A aplicação dos DRG como instrumentos para contenção de custos dos hospitais ocorre a partir de 1983, quando o sistema de saúde “*Medicare*” começa a se utilizar dessa forma de remuneração como base de um sistema prospectivo de pagamento, que remunera uma quantidade fixa para cada paciente atendido.

No setor público no Brasil, a remuneração das estruturas que atendem ao SUS, com a criação em 1983 do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), e foram instituídas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (ZANETTA, 2009).

Dessa forma foi construída uma lista contendo procedimentos clínicos, organizados segundo o diagnóstico, e procedimentos cirúrgicos baseada na Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina da OMS (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993).

À lista foram atribuídos os valores financeiros a ser pagos para cada procedimento agrupados em: diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, serviços auxiliares de diagnósticos e terapêuticas e serviços profissionais (ZANETTA, 2009).

A cada grupo de procedimentos foi atribuído um valor único de pagamento, um tempo médio de permanência e um sistema de pontuação para o pagamento dos serviços profissionais (NORONHA *et. al.*, 2001).

Segundo Zanetta (2009), o sistema de classificação por procedimentos contém problemas que limitam a possibilidade do uso para a gerência uma vez que:

- a) a lista de procedimentos não contempla todas as possibilidades e não consegue adequar-se à necessidade de atualização ante a inovação tecnológica;
- b) alguns procedimentos cirúrgicos não diferenciam os diferentes portes de cirurgia;
- c) os procedimentos clínicos são semelhantes aos capítulos que agregam diagnósticos da CID-9, embora não englobem todas as opções de diagnóstico;
- d) problemas sérios são decorrentes da classificação quando esta leva em consideração somente o procedimento realizado, não considerando outras variáveis que diferenciem os pacientes quanto à gravidade clínica e perfil de consumo de recursos, como, por exemplo: diagnóstico principal, diagnósticos secundários, idade etc.;
- e) a falha na classificação faz com que pacientes com diagnósticos diversos e gravidades distintas sejam classificados em um mesmo grupo, formando grupos de pacientes que têm homogeneidade em termos de procedimentos realizados na estada hospitalar, mas que são heterogêneos clinicamente, ou em termos de gravidade da doença, inviabilizando a realização de comparações;

f) o sistema de classificação e a lista de procedimentos não sofreram revisão substancial desde a implantação em 1983, tendo havido somente pequenos ajustes na lista de procedimentos.

Esse sistema de informações é restrito aos hospitais financiados pelo SUS Saúde e não abrange a totalidade do universo de hospitalizações (RODRIGUES FILHO, 1990; SILVER, 1992).

O DRG propriamente dito e o Sistema das AIH, no Brasil, segundo Zanetta (2009), possuem algumas semelhanças:

- a) ambos se prestam a um Sistema de Pagamentos Prospectivos de prestadores de serviços hospitalares;
- b) no Brasil, as AIH foram implantadas em 1983 e, nos Estados Unidos, os DRG no ano de 1982;
- c) ambos substituíram formas de pagamento por reembolso de serviços prestados pelo pagamento segundo valores fixados em uma tabela, sendo, portanto Sistemas de Pagamento Prospectivos;
- d) ambos são utilizados em sistemas públicos de reembolso, sendo no Brasil o Sistema Único de Saúde e nos Estados Unidos o “*Medicare*” e o “*Medicaid*”;
- e) AIH e DRG são classificações baseadas em diagnósticos e procedimentos combinados para organização das respectivas tabelas de remuneração.

As semelhanças observadas nos dois sistemas de classificação são derivadas de estudos realizados por profissionais brasileiros que avaliaram a possibilidade de utilização do sistema de DRG desenvolvido nos EUA, com algumas adaptações. Apesar de abandonar a ideia de utilização da mesma metodologia devido a limitações da tecnologia de informação disponível no Brasil e da falta de

recursos técnicos profissionais, aproveitaram a ideia de agrupamento dos procedimentos clínicos e cirúrgicos em grupos menores (ZANETTA, 2009).

A utilização das classificações existentes tem sido estudada, sobretudo a CID. Segundo o autor, a CID apresenta a inconveniência de não contemplar a idade do paciente, não considerar as interações entre diagnóstico principal e secundários e entre diagnósticos e procedimentos (ZANETTA, 2009). A CID não evidencia a gravidade dos diagnósticos nem faz a discriminação entre as complexidades dos procedimentos e recursos empregados na assistência médico-hospitalar (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999).

A utilização de classificações em DRG pode permitir a comparação de diferentes serviços, desde que discrimina a complexidade dos mesmos, aprofunda a discussão sobre as práticas médicas subjacentes, seu perfil tecnológico e **da dá?** eficiência e impacto nos diferentes mecanismos de financiamento empregados (ORCHARD, 1994; MACKEE; JAMES, 1997; SANDERSON; MOUNTNEY, 1997).

Apesar de frequentemente distorcida em sua percepção, o sistema DRG não é destinado unicamente ao pagamento de serviços, mas também à classificação de pacientes (NORONHA et al, 1991).

Nos EUA, a utilização das DRG em sistemas de pagamentos, ao aumentar o controle sobre os processos, permite a produção de novas informações, desta forma, podendo servir à criação de melhores condições para a garantia de qualidade na assistência médica e como instrumento de avaliação dos serviços de saúde.

A extensão da compreensão além dos vários tipos de procedimento permite ao DRG o estabelecimento da interação entre o perfil de complexidade médica e o consumo de recursos hospitalares, permitindo assim o planejamento da alocação dos recursos financeiros e tecnológicos em um determinado sistema de saúde e o planejamento da atenção à saúde na investigação de capacidades físicas e de recursos humanos.

Os DRG que se originaram nos EUA e cujas variantes são utilizadas em todo o mundo têm evoluindo nos últimos vinte anos e atualmente podem ser subdivididos em cinco classes principais de DRG:

- a) DRG do sistema de saúde “*Medicare*”;
- b) DRG refinados;
- c) DRG com gravidade;
- d) DRG para todos os pacientes;
- e) DRG refinados para todos os pacientes

Nos chamados DRG refinados, a classificação da informação dos pacientes inclui aspectos como idade, complicações e morbidades que causam incrementos de custos. Os DRG com gravidade, que começam a aparecer a partir de 1994, incluem a reavaliação das complicações e comorbidades. Nos DRG para todos os pacientes se incluem aqueles que não pertencem ao “*Medicare*”, assim como nos DRG pediátricos e na Categoria Diagnóstica Maior, para pacientes infectados com o vírus HIV. Os DRG para todos os pacientes refinados descrevem a classificação da severidade da enfermidade dos pacientes, cujo refinamento é resultado de uma mudança significativa do agrupamento lógico. Todas as idades e diferenças de complicações foram removidas e reclassificadas nos grupos, para de um lado descrever a gravidade da doença e por outro representar o risco de mortalidade (CISS, 2005).

Paralelamente aos DRG, existem os Grupos Clínicos Ajustados (“*Adjusted Clinical Groups*”) desenvolvidos da Universidade de John Hopkins. Os Grupos Ajustados Clinicamente (ACG) classificam as pessoas em uma categoria de morbidade única e mutuamente excludente, baseando-se em padrões de doença e necessidade de recursos. Os ACG podem ser utilizados em substituição das categorias tradicionais de idade e sexo quando se tem por objetivo estudar as variações da morbidade entre duas ou mais populações.

A proposta da Universidade de Boston é, por outro lado, os Grupos de Custos Diagnósticos (“*Diagnostic Cost Group*” – DCG), que criam perfis clínicos e os utilizam para medir o estado de saúde e decidir a utilização dos recursos em nível individual ou em grupo.

Os Grupos de Risco Clínicos (*“Clinical Risk Groups” – CRG*) incorporam os grupos de riscos, sendo um modelo clínico clássico, que classifica os indivíduos em categorias mutuamente excludentes, utilizando-se de dados de filiação, queixas e outros dados, que colocam o doente em um nível de severidade, quando o mesmo tem uma condição crônica de saúde.

Outras variações especiais ao DRG dos sistemas de classificação de pacientes são as relacionadas a pacientes ambulatoriais e a pacientes que requerem cuidados de longo prazo.

No Grupo de Pacientes Ambulatoriais (*“Ambulatory Patients Groups” – APG*), os procedimentos estão em nível de atendimento ambulatorial e podem ser classificados nos seguintes grupos:

- a) procedimentos significativos, os quais são eletivos e programados e se constituem no principal motivo da procura de atendimento médico, consumindo a maior parte do tempo da assistência prestada e do volume de recursos gastos;
- b) exames e procedimentos complementares, os quais são solicitados pelos médicos para ajustar o diagnóstico do paciente;
- c) procedimentos acidentais, os quais são parte integral da visita médica, para a realização da pesquisa diagnóstica.

Em relação aos cuidados de longo prazo, os DRG estão baseados em um diagnóstico principal, vários diagnósticos secundários e alguns procedimentos realizados durante o cuidado à saúde. Os hospitais de longa permanência se dedicam a tratar uma variedade de pacientes que requerem longos períodos de recuperação com acesso a terapia de tecnologia avançada.

Para melhor entendimento das diferenças entre os DRG em diferentes países e comparar o custo dos tratamentos e dos resultados da atenção à saúde para uma variedade de enfermidades, algumas perguntas são pertinentes:

- a) qual o tipo de financiamento da saúde (público ou privado)?
- b) quem paga pelo serviço?
- c) qual o método de reembolso dos prestadores?

As diferenças estruturais de organização dos sistemas de saúde explicam grande parte das diferenças na forma que os DRG se utilizam para ajustar os mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços.

Moise (2001) descreve detalhadamente a composição dos sistemas de DRG para países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. As informações dos DRG referem-se a pacientes hospitalizados, ao hospital, a pacientes não hospitalizados e a medicamentos e resultados de atenção à saúde.

Em alguns países, os DRG especificam diretamente os métodos de pagamento, em outros, há um impacto direto dos DRG relacionados com os ajustes aos propósitos público da saúde (CISS, 2005).

As diferenças principais dos sistemas de classificação dos DRG podem ser explicadas:

- a) nos custos dos tratamentos e nos resultados da atenção à saúde;
- b) no grau de coletas de dados com respeito ao nível de descentralização;
- c) quanto à disponibilidade da informação sobre hospitalizações e custos;

- d) específicas – características dos pacientes, identificação das doenças, tratamentos, admissões e dados de altas hospitalares;
- e) em relação à privacidade das informações.

“ADJUSTED CLINICAL GROUPS” (ACG) – Grupos Clínicos Ajustados

A descrição da morbidade é um coadjuvante útil para o ajustamento do perfil de distribuição dos casos dentro de um hospital; ajudando a identificar os subgrupos populacionais que possuem necessidades especiais de recursos críticos para a aplicação de Medicina Baseada em Evidência, para o desempenho do médico e para pacientes que requerem recursos para cuidados de saúde extensivos em programas alvos e intervenções (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

Os ACG são um método de classificação do comprometimento que as doenças desenvolvem nas pessoas acometidas. Durante o passar dos anos, cada indivíduo desenvolve inúmeras condições de morbidades, que o dota de uma característica peculiar. O ACG classifica cada indivíduo em uma categoria única, isto é, o ACG captura o agrupamento específico de morbidade experimentada por uma pessoa em dado período de tempo (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

Os ACG oferecem múltiplas perspectivas de caracterização das variações no peso da morbidade que são características em populações, especialmente com doenças crônicas que demandam a maior parte dos recursos nos cuidados de saúde (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005). O sistema de classificação ACG faz com que, por meio de algoritmos estatísticos e clínicos, possam ser agrupados pacientes possuidores de uma combinação específica de doenças em pequeno número de categorias (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

A classificação dos casos é o ponto central do Sistema ACG, permitindo comparações entre serviços à população que diferem significativamente em termos de sua saúde geral. Esta análise comparativa tem sido utilizada para vários fins (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005):

- a) alocação de recursos para os cuidados de saúde;
- b) verificação de performance do prestador;
- c) determinação dos indicadores de seguros, como, por exemplo, o cálculo do prêmio ou do prêmio de risco;
- d) determinação dos índices de reembolsos;

As estruturas de custos da classificação ACG estão baseadas em blocos chamados Grupos de Diagnósticos Agregados (ADG). Cada um desses grupos corresponde a um agrupamento de códigos de diagnóstico que são similares no que concerne a gravidade ou persistência da condição de saúde ao longo do tempo. Baseado nos ADG, idade e sexo, os pacientes são classificados em 102 categorias, cujos indivíduos em um mesmo grupo experimentam padrões similares de morbidade e consumo de recursos semelhantes ao longo de determinado período (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

Todos os diagnósticos foram classificados em um dos grupamentos ADG. Como os indivíduos podem ter mais de um diagnóstico, podem fazer parte de mais de um ADG. As doenças ou condições individuais foram alocadas em um ADG baseadas em cinco dimensões clínicas (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005):

- a) duração da condição – aguda, recorrente ou crônica;
- b) severidade da condição – estável, menor, maior ou instável;
- c) comprovação diagnóstica – sintomas *versus* doença documentada;

- d) etiologia da condição – infecção, trauma;
- e) cuidados especiais envolvidos – médico, cirúrgico, obstétrico, hematológico.

O Sistema de ACG da Universidade “*John Hopkins*” inclui alguns modelos preditivos, que recebem o nome de “*ACG-PMs*”, e representam um meio mais acurado de identificar pacientes de alto risco individual e estimar os recursos necessários para a população como um todo, baseando-se em uma classificação clínica relevante (SINCRAS-MAINAR et al, 2010).

Os modelos foram desenvolvidos para identificar pacientes de alto risco da utilização de recursos para os cuidados de saúde, e para estimar os potenciais gastadores, antes que sua situação de saúde piore, e eles necessitem ainda mais de serviços de atenção à saúde. Trata-se de um método único de auxílio no gerenciamento do benefício farmácia e um modelo preditivo de hospitalização.

Para ter um contexto clínico compreensivo, o sistema de informática que classifica as ACG, o ACG também inclui Grupos de Diagnóstico Expandido (EDC), que correspondem a códigos de diagnósticos que descrevem condições semelhantes ou relacionadas, como, por exemplo, os diversos códigos diagnósticos que descrevem as diferentes formas de insuficiência cardíaca congestiva estão agrupados em um único EDC (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

Da mesma forma que os DRG, os EDC não constituem uma forma ou modelo de pagamento médico propriamente dito, mas sim de remuneração de recursos credenciados, principalmente, hospitais, com base no diagnóstico nosológico.

O EDC pode ser usado como marcador de condição de doença para várias aplicações, como, por exemplo: identificação de pacientes para a inclusão em programas de gerenciamento de uma doença em específico (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

O método aplicado permite calcular o custo relacionado ao atendimento dos pacientes, por meio dos pesos relativos médios em dólares americanos de cada

grupo respectivo, ao custo médio total; a partir daí se criam faixas de utilização de recursos que representam agrupamentos de ACG, que possuem como característica o consumo similar de recursos. Os pacientes foram agrupados, no estudo de Sincras-Mainar et al (2010), segundo a morbidade, em cinco categorias:

- a) sem morbidades;
- b) com morbidade baixa;
- c) com morbidade moderada;
- d) com morbidade elevada;
- e) com morbidade muito elevada.

Sincras-Mainar et al (2010) calcularam o índice de risco, também conhecido como carga de morbidade, ou índices de casos.

O índice de risco permite o ajuste do financiamento, pois há um conhecimento do risco de utilização e, por conseguinte, do custo dispensado com o beneficiário por meio do agrupamento, sendo possível o estabelecimento de taxas específicas de capitação, sem que se recorra ao complexo e trabalhoso cálculo de custos reais individuais por paciente, uma vez que este sistema de custos reais incorpora os pesos médios em cada categoria (SINCRAS-MAINAR et al, 2010).

Os ACG ajustam morbidade, idade e sexo do paciente em um desempenho melhor do que os mecanismos de ajustamento de riscos tradicionais usados na indústria de seguros de saúde (JOHN HOPKINS UNIVERSITY, 2005).

MÉTODO

O levantamento bibliográfico foi realizado e atualizado periodicamente até o segundo semestre de 2011 nos assuntos referentes aos seguintes unitermos:

- a) modelos e tipos de remuneração de hospitais e demais prestadores de serviços;
- b) modelos e tipos de remuneração médica;
- c) remuneração médica;
- d) pagamento médico;
- e) “*Medicare*”;
- f) “*Medicaid*”;
- g) pagamento por procedimento (“*fee-for-service*”);
- h) pagamento por “*performance*” (“*pay-for-performance*”);
- i) Grupos de Diagnósticos Homogêneos (“*diagnosis related group*”);
- j) Grupos Clínicos Ajustados (“*adjusted clinical groups*”);
- k) capitação (“*managed care*” ou “*capitation*”);
- l) reembolso médico ou “*payment reimbursement*”.

A atualização constante do levantamento bibliográfico é uma tentativa de se apropriar do conhecimento empírico mais atualizado sobre o assunto, tendo sido pesquisado nas seguintes bases de dados:

o levantamento foi feito no acervo físico da biblioteca Karl A. Boedecker, da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), da Fundação Getúlio Vargas, incluindo-se tanto literatura branca, quanto literatura cinzenta. Segundo Población e Noronha (2002), literatura branca é a que se caracteriza pela divulgação por meio de revistas e publicações científicas, com acesso a qualquer indivíduo, e

publicação cinzenta se caracteriza por ser publicações de veiculação mais restrita, ou de acessibilidade mais limitada.

As bases de dados pesquisadas foram:

- a) “*EBSCO – Business Source Complete*”;
- b) “*A to Z – Lista de Periódicos Eletrônicos*”;
- c) “*JSTOR – Journal Storage*”;
- d) Economática;
- e) “*Medline*”;
- f) “*Lilacs*”.

Além dessas, foram ainda realizadas pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e na biblioteca virtual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Efetuaram-se, adicionalmente, buscas em *sites* específicos da internet, tais como: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), “*Commonwealth of Massachusetts*”, “*Leapfrog Group*”, “*National Health Service*” (NHS), entre outros.

Após o levantamento bibliográfico e desenho do projeto de pesquisa, foi realizado projeto piloto para melhor adequação da metodologia. Durante o projeto piloto foram feitos os ajustes necessários e estudos matemáticos para que se sugerisse a fórmula a ser utilizada como cálculo do pagamento. Na ocasião, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Conselho Técnico Ético da

operadora em questão, regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina, quando foi obtido o consentimento formal da operadora.

Todas as internações hospitalares foram estudadas, independentes do tipo, isto é, se a internação foi decorrente de uma doença de tratamento clínico ou tratamento cirúrgico, por causas obstétricas ou internação pediátrica, de uma operadora de plano de saúde do Estado de São Paulo no período de 2001 a 2010. As internações ginecológicas foram reclassificadas em internações clínicas ou em internações cirúrgicas dependendo se nas mesmas houve ou não qualquer tipo de procedimento operatório. O estudo inicial foi realizado de forma eletrônica, utilizando-se do banco de dados gerenciais da própria operadora, tendo sido analisado um total de 144.305 internações.

O motivo pelo que foram analisadas todas as internações foi encontrar procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes que tinham inicialmente a doença tida como de tratamento clínico, isto é, o objetivo de transformar internações de caráter clínico em internações cirúrgicas, caso tenha ocorrido algum procedimento operatório na mesma, e com isso se corrigir as distorções na codificação da causa de internação segundo a CID 10.

A CID constitui uma classificação mundial de todas as doenças que afetam o ser humano, transformando nomenclatura em códigos alfanuméricos, a fim de que se possa ter uma homogeneização universal, estando esta classificação na décima edição (CID 10).

Dados de estatística descritiva como estudo da faixa etária dos pacientes que foram internados, bem como o tipo de internação realizada, foram analisados, bem como o gênero e o tipo de acomodação do plano de saúde.

A Lei nº 9656/71 define como tipos de acomodação possíveis em uma operadora de plano de saúde, no setor suplementar brasileiro, a acomodação em quarto coletivo (internações em enfermarias) e a acomodação em quartos individuais (BRASIL, 1998).

Foram analisados também os custos inerentes ao tratamento desses pacientes, sendo então separados os valores pagos aos médicos como

remuneração profissional e os valores pagos para cobrir os demais gastos hospitalares. Como gastos hospitalares foram considerados os valores totais das internações, excluindo-se os valores pagos aos médicos.

Além desses dados, foi estudado o tempo e o custo médio diário de internação, bem como o caráter da internação, isto é, se foi programada, de forma eletiva ou em caráter de urgência, e qual foi o diagnóstico que levou o beneficiário a ser internado.

Para o estudo do diagnóstico de internação foram classificadas as doenças pelo capítulo da CID-10, que o diagnóstico por ocasião da alta representava.

Dentre as 144.305 internações analisadas, foram segregadas internações para doenças que necessitaram de tratamento cirúrgico, bem como internações clínicas que durante o período de estada hospitalar necessitaram de tratamento cirúrgico ou de algum procedimento cirúrgico, sendo então as mesmas classificadas de acordo com o capítulo da CID 10, sendo novamente analisadas todas as variáveis descritas anteriormente.

Após essa classificação, foram estudadas as internações cirúrgicas pertencentes ao capítulo “K”, que corresponde às doenças do aparelho digestório, à exceção das internações com código R-10 (dor abdominal), levando-se em consideração as mesmas variáveis anteriormente citadas.

As internações com diagnóstico de dor abdominal (R-10) foram analisadas manualmente e, caso fossem encontradas causas de internação ou tratamento relacionado às doenças do aparelho gastrointestinal, incluídas no presente estudo, sofrendo reclassificação do CID-10. Esse fato se deu devido à elevada frequência de diagnóstico inicial de dor abdominal em pronto-socorro que posteriormente foi tratado como doenças do aparelho digestório sem haver a mudança de CID, por ocasião de cobrança dos recursos à operadora de planos de saúde.

Além do diagnóstico principal foram estudadas algumas variáveis descritivas dos beneficiários e das internações propriamente dita, como sexo, idade, gravidade da doença e presença de comorbidades, isto é, doenças associadas (diagnóstico secundário) e tempo de duração da internação.

As doenças do aparelho gastrointestinal que necessitaram de tratamento cirúrgico tiveram a CID -10 revisada uma a uma, sendo também analisados os estados mórbidos concomitantes por ocasião da internação em que estavam descritos ou supostamente avaliados mediante a história clínica, a fim de estabelecer classificação de risco cirúrgico do ponto de vista anestésico (“*American Society of Anesthesiology*” – ASA) e do ponto de vista cardiológico (“*American Heart Association*” – AHA).

Da mesma forma, os custos inerentes ao tratamento desses pacientes foram analisados e segregados em custos hospitalares totais e valores pagos a título de remuneração dos profissionais médicos que realizaram o tratamento da doença em questão.

Como custos hospitalares foram considerados os valores totais das internações, inclusive valores pagos aos médicos, bem como o tempo de internação e o custo médio diário de internação, além:

- a) da distribuição por sexo;
- b) da distribuição por faixa etária dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico;
- c) do tipo de acomodação;
- d) do caráter da internação, isto é, se a mesma foi realizada em tratamento eletivo, ou em caráter de urgência;
- e) da classificação do risco cirúrgico cardíaco e do risco anestésico.

As doenças primárias não frequentes e que não atinjam distribuição amostral mínima para que seja realizado estudo estatístico serão descartadas, sendo comparados somente os diagnósticos com maior frequência de ocorrência.

Dessa forma serão analisados os valores absolutos e a distribuição dessas despesas de internações do ponto de vista do diagnóstico em questão e não do procedimento propriamente dito.

A gravidade da doença representa o estágio atual da mesma, podendo estar na fase inicial ou avançada, além da presença ou ausência de complicações inerentes à própria doença.

Idade e sexo dos pacientes levaram em consideração as faixas etárias com maiores riscos de complicações cirúrgicas e de maiores percentuais de morbidade e mortalidade segundo a literatura existente.

As comorbidades são as doenças associadas que o paciente possui e que podem influenciar nos índices de cura e recuperação da doença que constitui o diagnóstico principal, sendo, portanto, condições inerentes ao próprio paciente. Diagnóstico principal é a doença que levou o paciente a ser submetido a tal tratamento.

A análise das comorbidades e da gravidade da doença, inclusive considerando o risco de complicações e de morte do paciente, foi realizada de acordo com a Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia e Classificação do Risco Cirúrgico da Sociedade Americana de Cardiologia.

RISCOS CIRÚRGICOS E ANESTÉSICOS

O índice multifatorial de Goldman é uma escala que mede o risco de complicações cardiovasculares, baseada na presença de doenças cardiovasculares, no tipo de procedimento cirúrgico e no estado geral do paciente, avaliado por meio de provas laboratoriais (CHEREM et al, 2008).

Os critérios de Goldman levam em consideração cinco pontos a ser analisados (GOLDMAN et al, 1977):

- a) história do paciente;
- b) exame físico do paciente;
- c) eletrocardiograma;
- d) presença ou não de mal-estar geral;
- e) tipo de cirurgia.

Sendo os pacientes classificados em quatro classes, com diferentes percentuais de mortalidade e morbidade cardiovascular perioperatória, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de morbidade e mortalidade segundo a literatura científica para pacientes que se submetem a algum procedimento cirúrgico de acordo com a Classificação de Risco da AHA

Classe	Mortalidade Perioperatória	Mortalidade Cardíaca
I	0,7%	0,2%
II	5,0%	2,0%
III	11,0%	2,0%
IV	56%	22%

Fonte: CHEREM et. al., 2008

O índice multifatorial de Goldman é o melhor indicador de risco cardiovascular, e o fato de se agregar à escala ASA aumenta a especificidade da certeza diagnóstica (CHEREM et. al., 2008).

Existem outras escalas que avaliam o estado geral do paciente, como a Escala da “*American Society of Anesthesiology*” (ASA). A Escala ASA tem alta especificidade para prever tanto a mortalidade anestésica bem como a morbidade cardiovascular perioperatória (CHEREM *et. al.*, 2008).

Os autores acreditam que o índice multifatorial de Goldman avalia o estado geral do paciente por meio de estudos paraclínicos, e como existem doenças que não promovem alterações nos referidos exames, ou com alterações muito superiores ao limite de normalidade, existem graus distintos de situação clínica do indivíduo que será submetido ao procedimento cirúrgico (CHEREM *et. al.*, 2008).

Esses graus distintos são avaliados pela escala ASA, que tem repercussão sobre a estabilidade cardiovascular do paciente, com diferentes probabilidades de eventos, conforme tabela 2 (CHEREM *et. al.*, 2008).

A classificação ASA tem cinco estágios:

- a) ASA I – sem distúrbios fisiológicos, bioquímicos ou psiquiátricos. Trata-se do paciente hígido, sem doença associada àquela por que ele irá ser submetido ao procedimento cirúrgico;
- b) ASA II – leve a moderado distúrbio fisiológico, controlado, sem comprometimento da atividade normal. A condição pode afetar a cirurgia ou anestesia. O paciente possui determinada comorbidade, porém clinicamente controlada;
- c) ASA III – distúrbio sistêmico importante, de difícil controle, com comprometimento da atividade normal e com impacto sobre a anestesia e sobre a cirurgia que será realizada, sendo que neste caso a comorbidade apresentada pelo paciente não está clinicamente controlada;
- d) ASA IV – desordem sistêmica severa, potencialmente letal, com grande impacto sobre a anestesia e sobre a cirurgia.
- e) ASA V – Moribundo. A cirurgia é a única esperança para salvar-lhe a vida.

Tabela 2 – Percentual de morbidade e mortalidade segundo a literatura científica para pacientes que se submetem a algum procedimento cirúrgico de acordo com a Classificação de Risco da AHA

ASA	Morbidade Perioperatória	Mortalidade
I	0,1%	0,1%
II	1,5%	0,7%
III	5,5%	3,5%
IV	18%	18,3%
V	9,4%	50,7%

Fonte: CHEREM *et. al.*, 2008

A partir de obtenção das variáveis acima, será calculado um índice de risco que comporá a fórmula e elevará a remuneração basal do risco cardíaco e do risco anestésico menor, que será o nível basal de remuneração atual.

A comparação inicial se fará com unidades de trabalho variada (UTV), por meio dos valores padrões utilizados pela operadora estudada, e a este valor se farão acréscimo de acordo com o risco inerente a cada procedimento, a fim de que se possa construir uma proposta de remuneração baseada não somente no diagnóstico, mas também nas condições clínicas dos pacientes.

O índice de risco promoverá o ajuste do financiamento das diversas categorias de despesas, tornando possível o estabelecimento de taxas específicas de capitação para cada doença.

O índice de risco permitirá ajuste na remuneração de todo os recursos hospitalares, como materiais, medicamentos, taxas, diárias, realização de exames complementares e principalmente da equipe médica assistente.

Com os mesmo dados e indivíduos do grupo controle, serão recalculados os valores de remuneração do trabalho médico conforme as diretrizes propostas pela nova tabela de pagamento.

A partir desta tabela padrão serão feitos acréscimos dos valores a ser pagos a título de remuneração para a equipe do médico assistente.

Todos os acréscimos serão calculados de forma matemática com distribuição de custos a fim de permitir o equilíbrio entre eles.

O modelo de pagamento atual é baseado na tabela da AMB por procedimento realizado e não na doença do paciente. O valor expresso na referida tabela está em unidades de trabalho, e, para que não haja interferência da inflação, ele não será transformado em moedas correntes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRESSUPOSTOS BÁSICOS QUE DEVERIAM NORTEAR A REMUNERAÇÃO MÉDICA

Como pressupostos para a criação de uma fórmula que melhor adéque a remuneração da equipe cirúrgica no tratamento de paciente conforme a doença e não ao procedimento médico em si a ser realizado, serão utilizados os seguintes pressupostos.

- a) Deve fomentar a EFICIÊNCIA do tratamento instituído e a EQUIDADE de pagamento.**

Qualquer forma de remuneração deve proporcionar o pagamento adequado para o tratamento médico instituído, em qualquer grupo de paciente, oferecendo oportunidades de ganhos a toda cadeia de valor, e deve seguir práticas consagradas na literatura mundial, a fim de que melhores resultados sejam alcançados conforme relatado por Wranik e Curier-Copp (2007). O estabelecimento dos mecanismos de pagamentos determina a distribuição do risco financeiro, gerando incentivos para a prestação de serviços e geração de demandas, assim como a controlar os custos incorridos no atendimento à saúde.

Atingir um nível correto e justo de pagamento é uma proposição extremamente subjetiva e também pode inferir em atitude egoísta de cada um dos atores do mercado. Sabe-se que nos EUA, com a assistência à saúde são gastos

16% do produto interno bruto (PIB), valor que corresponde ao dobro dos gastos da maioria dos países industrializados, inclusive quando relacionado com os membros mais ricos da OECD (2008). Mesmo com todo esse gasto, não se pode dizer que o desempenho do sistema de saúde é melhor que em outros países, havendo gasto desnecessário ou desperdício (COMMONWEALTH FUND, 2008), da mesma forma que não se pode afirmar que os médicos estão satisfeitos com os valores recebidos como remuneração.

Dados obtidos de publicações da ANS mostram que o valor da consulta médica diminuiu nos anos de 2009 e 2010, a receita das operadoras de planos de saúde médicos hospitalares cresceu em 8,1%, com faturamento registrado no setor de 63 bilhões de reais (ANS, 2010), sem contar que o percentual de rentabilidade média das empresas de planos de saúde também se mantém em queda de 2% a 3% (ANS, 2010).

Por outro prisma, entre 2000 e 2009, a inflação acumulou 94,81%, conforme o Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), índice este utilizado pelo governo brasileiro para aferição do cumprimento das metas inflacionárias, e a variação dos valores de remuneração das consultas médicas não chegou a um terço desse percentual (ANS, 2010). A soma dos reajustes anuais acumulados que a ANS concedeu aos planos de saúde nesses mesmos dez anos ficou acima do IPCA, acumulado em 118,28%, sendo que, além dos reajustes anuais autorizados pela ANS, várias operadoras tiveram reajustes diferenciados autorizados pela própria agência, ou pela justiça, acumulando índices ainda maiores (ANS, 2010).

A ANS disponibiliza, nos últimos anos, dados sobre o valor médio das consultas médicas conforme informações repassadas pelas próprias operadoras. Mesmo considerando que há operadoras que pagam valores abaixo daqueles informados, os dados oficiais revelam valores irrisórios. Houve diminuição do valor médio da consulta médica, em 2009, quando comparados aos dados publicados de 2008 (ANS, 2009; ANS 2010).

A média nacional do valor da consulta de um plano individual ou familiar, segundo a ANS, foi de R\$ 38,93, em 2009, menor do que o valor praticado em 2008, que foi de R\$ 40,39. Da mesma forma, ainda com os dados dos anuários da ANS, a

média geral dos valores médios de consultas, tanto nos planos individuais ou familiares, como nos planos coletivos (empresariais), baixou de R\$ 40,30 em 2008 para R\$ 40,26 em 2009 (ANS, 2009; ANS 2010).

Em 2008, segundo a ANS, os planos de saúde gastaram cerca de 10 bilhões de reais com o pagamento de consultas médicas, e cerca de 9,9 bilhões de reais com o pagamento de exames complementares (ANS, 2009).

O total de despesas assistenciais, isto é, os gastos com internações, despesas médico-hospitalares, atendimentos ambulatoriais, além de consultas e exames das operadoras de planos de saúde foi de 48 bilhões de reais, e a despesa administrativa do setor foi de quase 11 bilhões de reais em 2010 (ANS, 2011).

Deve-se concordar com Simonet (2005) que atualmente nenhuma forma de pagamento promove a eficiência e a equidade de acesso de forma simultânea. Os modelos de pagamentos atuais tendem a puxar essa relação para um dos lados, ou permitindo e incentivando o provimento de serviços, muitas das vezes desnecessários, visto que a remuneração está baseada na realização do procedimento propriamente dito, como é o caso do FFS, que permite ao beneficiário maior facilidade de acesso não somente aos serviços assistenciais, bem como às terapias necessárias ao tratamento, mas também acabam induzindo a práticas não corretas do ponto de vista moral e ético. Uma remuneração eficiente e equilibrada tende a reduzir os índices de fraudes e corrupção.

A equidade deve promover ou permitir o acesso irrestrito às necessidades de saúde dos beneficiários de qualquer sistema de saúde, e que haja melhor remuneração não somente aos médicos, mas a todos os profissionais envolvidos na entrega do serviço e na atenção e promoção da saúde, visto que a Medicina passou a ser uma profissão cívica e colaborativa (ADLER, KWON e HECKSCHER, 2008), porém com menor custo não somente para a operadora, para os sistemas de saúde, mas também para a sociedade como um todo.

É consenso que a remuneração dos profissionais envolvidos na atenção à saúde tenha de ser a de menor custo, quer seja para a operadora de plano de saúde, quer para o sistema de saúde como um todo, quer para o cidadão comum (SIMONET, 2005), que não pode ter o acesso aos serviços necessários ao

tratamento ou a qualidade desses serviços abalada em razão da baixa remuneração do profissional.

As diversas especialidades médicas deveriam ter grau semelhante de remuneração, baseada na unidade de trabalho, principalmente quando se comparam as remunerações de médicos-cirurgiões e médicos que atuam em especialidades clínicas. A decomposição do total dos recebimentos médicos em determinado período, como, por exemplo, em um ano, um mês, ou um dia em qualquer especialidade, deveria ser igual à somatória do produto da remuneração por hora e o número de horas trabalhadas durante esse período.

Maior eficiência e equidade do tratamento instituído podem ser obtidas dentro do sistema de saúde se os incentivos contratuais estiverem bem estabelecidos e alinhados entre as partes, a fim de que não sejam gerados conflitos entre o principal e o agente.

b) Deve ser de fácil implantação e de fácil compreensão pelos “players” do setor, como médicos, clínicas e hospitais e operadoras de planos de saúde.

Segundo Simonet (2005), a forma mais simples de remuneração é aquela em que tanto o principal quanto o agente estão em concordância, e que seja de fácil entendimento para os dois.

c) Mantenha a qualidade e a acessibilidade aos serviços bem como incentive os médicos a prover serviços aos beneficiários de modo eficiente.

No conceito de qualidade, Escrivão Jr. (2007) já relatava que se trata de um termo abstrato que ao longo dos tempos passa por redefinições de acordo com a necessidade das organizações e do foco dos avaliadores.

Um sistema que atrela desempenho a resultado financeiro, ou atingimento de metas, ao pagamento de bônus, ou existência de penalidades, quando estas metas não são atingidas, prejudica diretamente a qualidade e a acessibilidade dos beneficiários aos serviços médicos e deve ser desencorajado como modelo de pagamento (HADLEY, 1984). Se, pelo lado das fronteiras de eficiência, o controle do valor financeiro que cada médico gasta para o tratamento de determinado beneficiário tem razão de existir, visto que quanto mais “*outputs*” houver com os mesmos “*inputs*” mais eficiente será, isto é, quanto mais pacientes forem tratados com os mesmos recursos a eficiência será maior, o mesmo controle financeiro interfere indiretamente na liberdade de escolha dos beneficiários, pois pode influenciar, segundo Hadley (1984), a disponibilidade dos serviços.

O pagamento por procedimento gera forte incentivo econômico no sentido de manter a acessibilidade ao paciente (GOODMAN; SWARTWOUT, 1984), ainda que o serviço não seja necessário e possa causar malefícios ao beneficiário, como relatam Bentley et al (2008), mesmo que o serviço prestado seja necessário ou não. Apesar de, do ponto de vista profissional, o modelo de FFS se justificar pelo fato de garantir a preocupação integral com o prestador de serviço, neste caso com o médico, no sentido de permitir-lhe ofertar tudo que seja necessário e esteja a seu alcance, sem nenhuma restrição ou preocupação com o custo-benefício da terapia, visto que o pagamento integral está pré-acordado (JEGERS, 2002), não se pode deixar de relatar que tal modelo de remuneração recompensa, muitas das vezes, o provimento de serviços inapropriados e desnecessários (SIMONET, 2005), gerando

maior demanda por serviços e procedimento (DEVLIN; SARMA, 2008), e com isso elevando os custos da atenção à saúde.

Segundo Koyama (2006), o modelo de pagamento de FFS cria incentivos para utilização acima do normal e o conseqüente aumento dos custos assistenciais, e mesmo assim não se garante que haverá maior efetividade ou qualidade do atendimento realizado, e que somente a restrição por parte da ética pessoal, moral ou regulação externa poderá reduzir o excesso de serviços prestados, independente da qualidade, segundo Gomes (2010). Já no modelo de pagamento por pacote, há a transferência do controle de acesso e da utilização dos serviços aos prestadores, isentando a operadora do risco do negócio (KOYAMA, 2006). A previsibilidade das despesas ajuda na composição do custo assistencial (BESSA, 2011), o que melhora o gerenciamento da assistência médica, e ainda simplifica o relacionamento entre operadora de plano de saúde e prestador de serviço (BESSA, 2011), pois facilita o custo de transação; deve-se, no entanto, encontrar um mecanismo que permita não somente o controle da qualidade do atendimento prestado, mas também a acessibilidade do beneficiário ao sistema de saúde propriamente dito.

d) Tenha Neutralidade Financeira

Independente de o sistema de pagamento ser o modelo prospectivo ou o modelo retrospectivo (ANDREAZZI, 2003), não haverá neutralidade financeira se o prestador de serviço suportar risco de perdas de acordo com o procedimento indicado ou a conduta escolhida (US CONGRESS, 1985). Um modelo de pagamento possui neutralidade financeira quando o mesmo não incentiva o uso indiscriminado das tecnologias disponíveis, mas também não restringe o acesso dos beneficiários aos serviços necessários para o diagnóstico e tratamento das enfermidades.

Um método de pagamento deverá ter neutralidade financeira ao decidir entre as alternativas de tratamento, de modo que o retorno financeiro pessoal do médico, ou da equipe envolvida no tratamento, não seja afetado pela escolha feita.

A introdução de indicadores de desempenho relacionados a metas financeiras, inclusive, em alguns casos, com restrições de encaminhamentos de beneficiários a outros especialistas, induz o prestador de serviço a risco financeiro, devido às recompensas e punições impostas, fazendo com que os modelos de pagamentos não tenham neutralidade financeira, tendendo ou a aumentar os custos devido a utilizações desnecessárias e que muita das vezes podem até colocar em risco a saúde e a vida do paciente, ou a fazer restrições de terapias ou escolha de tratamentos menos onerosos.

Ao limitar o quanto será gasto ou vincular a remuneração do médico ao custo assistencial estar abaixo de uma meta preestabelecida de gastos, criam-se incentivos em que o prestador de serviço passe a não mais aceitar beneficiários que necessitem de tratamento intensivo, beneficiários que prejudiquem a relação custo-qualidade e custo-acessibilidade, em favor de um menor custo, qualidade e acesso.

Introduzido mais recentemente pelas operadoras de planos de saúde, os planos em coparticipação tendem a corrigir isso, apesar de essa correção ser de forma não coerente, visto que a pressão está colocada na mão do beneficiário, que tem muita assimetria de informação em relação ao médico, sujeito aos efeitos danosos de indicações não necessárias de procedimentos médicos no modelo de remuneração por FFS, que é um modelo de remuneração retrospectivo, e que Rice (1983) relata, em seu trabalho, que há alteração nas taxas de reembolso capazes de evidenciar a indução de demanda por serviços.

Ao permitir ao médico a introdução de qualquer procedimento ou terapia sem restrição (JEGERS, 2002), o modelo FFS não atinge a neutralidade financeira, pois coloca todo o risco de custos assistenciais para a operadora de plano de saúde, como mostrado por Reschovsky, Hadley e Landon (2006), que encontraram em estudo maior número de visitas médicas em profissionais que recebiam por visita realizada em comparação com os que tinham os vencimentos baseados no modelo de assalariamento.

Nos modelos de pagamentos prospectivos, há maiores incentivos para que os procedimentos sejam realizados com eficiência, pois o risco financeiro se encontra no prestador, visto que a operadora de plano de saúde fixou os custos assistenciais

ao negociar o contrato com o prestador, que neste caso assume os riscos caso haja aumento ou variação de custos dos serviços prestados. Como ponto negativo, nos modelos de pagamento retrospectivos, pode-se citar que podem restringir a indicação de tratamento adequado por parte do prestador. No modelo de pagamento por pacote, o risco financeiro encontra-se sob responsabilidade da operadora do plano de saúde (KOYAMA, 2006),

e) Deve ser atrelado a Índices de Desempenho

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), segundo Cherchiglia (2002), define que um dos princípios básicos para a remuneração é o resultado obtido pelo trabalho, em que os ganhos variam de acordo com tipo, quantidade e qualidade dos produtos ou serviços produzidos. Ao transferir a base da remuneração do procedimento médico para o tratamento da doença em si, independente das condutas médicas adotadas, promover-se-á melhor rearranjo na remuneração desse desempenho. Ao necessitar operar novamente um paciente devido a um resultado não tão exitoso decorrente da primeira cirurgia ou do tratamento previamente instituído, não haverá nenhuma forma de pagamento adicional por este evento, visto que ainda faz parte do tratamento da doença em si.

Baker, Jensen e Murphy relataram em 1988 que os modelos econômicos de compensação geralmente levam em consideração que desempenho melhor requer esforço maior de trabalho, e a recompensa esperada pelos trabalhadores aumenta a produtividade observada, sendo que tais recompensas não necessariamente são valores monetários, mas podem ser benefícios agregados, ou até recompensas psicossociais como elogios, reconhecimento, promoções futuras etc.

No início de implantação dos métodos de pagamento relacionados a desempenho nos EUA, os resultados eram medidos somente se levando em consideração os aspectos financeiros, com a redução dos custos assistenciais por

meio de metas de referência, o que fazia com que os prestadores de serviços de saúde recebessem bônus ou sofressem penalidades nos vencimentos (HADLEY, 1984).

Atualmente, as medidas de desempenho podem ser divididas em três patamares. O primeiro normalmente a ser implantado, principalmente onde há baixos índices de acessos à saúde, como, por exemplo, nos países africanos, é a aferição dos resultados por meio da disponibilização de volumes de atendimentos, isto é, atingir metas e obter bons resultados significa somente atender as pessoas, independente do resultado efetivamente alcançado. O segundo patamar normalmente implantado é de seguimento de protocolos cientificamente comprovados, como, por exemplo, solicitar exames que medem a glicemia e acompanham o “*diabetes melittus*”, independente de realmente haver ou não baixa nos níveis glicêmicos do paciente ou de eles se manter estáveis. O terceiro patamar, que está ainda em fase de implantação em países como França e Reino Unido, leva em consideração os efetivos resultados obtidos – no caso acima descrito, por exemplo, seriam considerados os resultados da glicemia de jejum e da hemoglobina glicada anotados no prontuário do paciente e depois enviados ao controlador do sistema de saúde, que afere o percentual de pacientes que aquele médico mantém dentro dos níveis de normalidade (OECD, 2011). Reitera-se mais uma vez que todos os sistemas implantados de remuneração por desempenho (P4P) estão intimamente ligados aos profissionais de atuação como médicos generalistas e, no caso da França, pela seguradora CNAM, para algumas especialidades clínicas, além do acompanhamento de doentes crônicos.

Ao limitar o quanto será gasto ou vincular a remuneração do médico ao custo assistencial estar abaixo da meta estabelecida de gastos, criam-se incentivos em que o prestador de serviço passe a não aceitar beneficiários que necessitem de tratamento intensivo e prejudicam a relação custo-qualidade e custo-acessibilidade em favor de menor custo, qualidade e acesso (HADLEY, 1984).

Segundo Simonet (2005), qualquer que seja a forma de compensação ou recompensa financeira, a remuneração dos profissionais não deve somente estar ligada a essa recompensa, e sempre o pagamento básico deve ser maior ou igual do

que as compensações que os agentes devam conseguir no caso de atingir as metas.

Segundo Bentley et al (2008), em contraste com outros setores da economia, na indústria da saúde, os incentivos econômicos não necessariamente levariam a diminuição dos desperdícios, e os atores deveriam receber incentivos para economizar, o que faz referir novamente à teoria das fronteiras de eficiência, onde os “*outputs*” deveriam ser medidos levando-se em consideração a mesma quantidade de “*inputs*”.

No Brasil, os médicos ainda se comportam como profissionais independentes, segundo a categorização das ocupações especializadas (REED, 1996), diferentemente dos EUA, por exemplo, onde os médicos estão mais associados a equipes médicas mais complexas, ou a hospitais, por meio das PPO, HMO etc. Dessa forma, verifica-se que a coordenação do grupo leva mais em conta o relacionamento de amizade entre os profissionais, diferentemente dos profissionais ligados a organizações, onde a coordenação é baseada na hierarquia, dificultando com isso a aferição do desempenho de forma coletiva, visto que cada profissional age, na maioria das vezes, por si só e não como uma verdadeira equipe. Essa forma de organização dificulta também a implantação de um modelo de capitação, pois o cuidado da saúde é feito de forma não integrada na essência.

Essa forma de organização de profissionais médicos, que mesmo no Brasil, apesar de estar em consonância como relatado por Adler, Kwon e Heckscher (2008), está tendendo a diminuir a independência do médico como profissional liberal, porém, muito mais por pressões pela efetividade de custos, segurança e qualidade no tratamento instituído na comunidade do que pela organização em equipes que efetivamente interajam entre si. A Medicina está se transformando de uma atuação como associação, para uma profissão cívica e colaborativa, em que, além do rápido desenvolvimento do conhecimento técnico e do aprendizado de novas habilidades no dia a dia, o médico está tendo de aprender a trabalhar em equipe, e seu desempenho está sendo cobrado como um todo, como resultado da equipe, e não somente a parte que lhe cabe no tratamento do paciente.

A dificuldade de atrelar remuneração a desempenhos de forma global está no fato de que, ainda no Brasil, principalmente na saúde suplementar, os grupos médicos não planejam a colaboração entre atendimento primário, atendimento especializado e médicos especialistas, conforme sugerido por Adler, Kwon e Heckscher (2008), na transformação da Medicina em uma profissão cívica e colaborativa. Esse processo traz o foco de atenção no serviço ao paciente (BOHMER; EDMONDSON; FELDMAN, 2002).

A divisão da remuneração em um modelo retrospectivo pelos suprimentos empregados, a taxas prospectivas associadas ao desempenho em cada caso, conforme relata Fenn, Gray e Rickman (2007), em comparação à remuneração dos advogados, que segundo Reed (1996) são profissionais tão independentes quanto os médicos, talvez seja uma forma de garantir a cobertura dos custos de suprimentos nos tratamentos propostos pelos médicos e ao mesmo tempo atrelar a remuneração ao desempenho.

O próprio setor público está caminhando para que a remuneração dos profissionais tenha um percentual atrelado ao desempenho, como pode ser verificado com a aprovação da Lei nº 14.591, em novembro de 2007. Fato importante com a promulgação de tal instrumento legal é que se criam mecanismos de acréscimo salarial variável com o desempenho de acordo com a meta pactuada e atingida, sendo a partir desse momento, pela introduzido no municipalismo paulista, o princípio da remuneração por desempenho (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2007).

A falta de carreira de Estado para a categoria médica leva o país a mais desigualdade, apontou o CREMESP, segundo LEITE (2010), que refere que, mesmo no estado de São Paulo, que é o estado da federação com maior número de médicos em atividade, em 148 cidades paulistas, não existe um médico sequer (LEITE, 2010).

Há de se inferir que os aumentos salariais propostos para o setor público poderão produzir efeito migratório dos médicos do setor privado para o público, já que estes profissionais passariam a ter, além dos atrativos de estabilidade e aposentadoria especial, o atrativo salarial.

Há necessidade de atrelar um modelo de remuneração do médico a índices de desempenhos que revelem principalmente a qualidade dos serviços prestados, bem como com a preocupação de levar em consideração os gastos necessários para atrair talentos individuais para a profissão, o que na maioria das vezes é determinado por julgamento social.

Godager, Iversen e Albert Ma (2009) relataram que os médicos não trabalham única e exclusivamente voltados as recompensas, porém os mesmos autores ressaltam que o grupo de médicos que trabalha visando principalmente à recompensa financeira terá uma reação mais positiva aos incentivos financeiros.

f) Deve ser aderente ao risco inerente do paciente a ser tratado bem como a gravidade da doença.

A remuneração deve ser baseada na doença a ser tratada, e não nos procedimentos a ser realizados. Atualmente, as tabelas médicas utilizadas como padrões ou referências na remuneração dos médicos em geral, e neste caso principalmente na remuneração dos médicos-cirurgiões, levam em consideração somente o pagamento dos profissionais por procedimentos realizados no modelo de pagamento por FFS, não se importando com a gravidade da doença, nem com as comorbidades dos pacientes, nem com os riscos inerentes ao paciente propriamente dito, nem aos riscos inerentes às próprias doenças. Atualmente, a remuneração da retirada da vesícula biliar que é realizada pela presença de cálculos dentro desse órgão, devido à instalação da doença chamada colelitíase, é a mesma se realizada diante de um quadro crônico, cuja cirurgia é tecnicamente mais fácil do que em um quadro agudo, com a presença de gangrena e processo inflamatório importante, o que aumenta a dificuldade de realização do procedimento e a chance de complicações pós-operatórias, bem como da mesma forma se remunera a retirada da vesícula biliar (colecistectomia) realizada pela presença de doença maligna da vesícula biliar, mas comumente conhecida como câncer da vesícula biliar.

Lignon (1993) refere em estudo que o médico que tem remuneração atrelada ao modelo de pagamento por procedimento (FFS) possui ganho marginal maior ou igual a zero para cada procedimento realizado, diferentemente dos que trabalham por capitação, em que o risco da variação do custo da prestação do serviço está no prestador e não na operadora. Atualmente, pelo modelo de pagamento de FFS, quanto mais procedimentos forem associados ao tratamento, mesmo que desnecessários, maior será a remuneração do profissional. E, principalmente no caso da cirurgia, quanto mais complicações o paciente tiver maior será o valor recebido pela equipe médica, visto que o pagamento não é pelo tratamento da doença propriamente dito, mas pelos procedimentos realizados. Dessa forma, ao operar um paciente e se ele tiver complicação que necessite que seja reoperado em um ou dois dias, novamente o médico será remunerado pelo novo procedimento.

No setor de saúde suplementar, e devido ao fato de a remuneração principalmente ser baseada no pagamento por procedimento (*“fee-for-service”* – FFS), houve um aprendizado natural no modo de cobrança, com a preocupação de selecionar códigos de procedimentos de maior valor ou associação de códigos de procedimentos. A base atual da remuneração médica não se encontra no tratamento da doença do paciente, mas sim nos procedimentos realizados. Quanto mais procedimentos o médico realizar para tratar um paciente, maior será a sua remuneração, e o que verdadeiramente deveria importa é tratar a doença, e não quais procedimentos, ou condutas que seriam escolhidas pelos médicos para fazer a terapêutica do beneficiário. A variabilidade de condutas deve ser intrínseca à escolha de cada médico e às circunstâncias clínicas interpostas, e não visando à melhoria do ganho financeiro, como ocorre nos casos remunerados pelo sistema de FFS.

g) Quantidade de horas trabalhadas

A própria Organização Internacional do Trabalho (OIT), conforme referido por Cherchiglia (2002), refere que basicamente a remuneração por tempo de trabalho está entre os dois princípios básicos de remuneração, que estima o ganho em função direta do tempo em que o trabalhador está disponível para a empresa empregadora ou ao empregador individual. Ao levar em consideração que a formação médica é semelhante em todas as especialidades, pois todos possuem graduação em Medicina, residência médica na área de atuação e se mantêm em constante aperfeiçoamento, todas as especialidades médicas, independentes de ser médicos-cirurgiões, médicos clínicos, ginecologistas e obstetras, ou pediatras, deveriam receber o mesmo valor proporcional a cada hora trabalhada. O grande contraponto em relação ao nível de remuneração ser única e exclusivamente relacionado ao tempo de trabalho dispensado ao tratamento de um paciente é que esta forma de remuneração não mantém nenhuma relação formal, explícita, ou previamente acordada entre a remuneração a ser recebida e o volume de trabalho, produtos e serviços a ser produzidos (CHERCHIGLIA, 2002).

Transformando a discussão em um aspecto detalhado em relação ao tema discorrido neste trabalho, todos os médicos-cirurgiões, independentes de tratar doenças do aparelho digestório ou quaisquer doenças de tratamento cirúrgico de outras especialidades, deveriam ter a remuneração baseada no tempo gasto para a realização do procedimento cirúrgico, o que atualmente não ocorre segundo os modelos atuais de remuneração pelo modelo de pagamento por procedimento, que toma como referência as unidades de trabalho ou os valores discriminados nas listas de remuneração da AMB. Nesta tabela, procedimentos que teriam mais ou menos a mesma duração média teriam valores de remuneração diferentes.

Segundo Ferral, Gregory e Tholl (1998), algumas especialidades médicas de atuação clínica, ou de médicos generalistas, têm variação muito grande de rendimentos quando relacionados a outras especialidades médicas. Esse fato não ocorre somente no Brasil, mas se torna uma realidade em países europeus, como

França, Alemanha, Inglaterra, parecendo ser uma realidade mundial, o que leva à escassez ou a dificuldade de acesso desses profissionais (OECD, 2011). No Brasil, o Sistema de Saúde Suplementar passa por dificuldades de acesso em certas especialidades, mesmos nos grandes centros, como, por exemplo, pediatria, psiquiatria, endocrinologia, reumatologia, o que fez com que a ANS editasse resolução normativa no intuito de garantir ao beneficiário de planos de saúde suplementar prestação no acesso a esses serviços.

Atrair a remuneração médica única e exclusivamente ao tempo gasto para realizar tal tratamento, ou tal procedimento, levará a um conflito entre o principal e o agente, que neste caso é o médico, e provavelmente haverá gasto excessivo com a forma de controle se a hora trabalhada produziu o resultado esperado. Godager, Iversen e Albert Ma (2009) reiteram que parte da teoria dos contratos, em que o agente buscaria o interesse próprio, não é totalmente sustentada no mercado de assistência à saúde, pois os médicos também são fortemente influenciados pela conduta ética e padrões de cuidados de saúde.

Em uma análise mais simplória, deve-se concordar com Simonet (2005), que refere que a remuneração e compensação desta remuneração devem estar sempre associadas diretamente ao esforço dispensado para a execução da tarefa.

h) Deve ser remunerado diferentemente quanto o tratamento for de urgência.

Apesar de não ter sido amplamente explorado neste trabalho devido ao fato de que a forma de liberação das guias pela operadora estudada não reflete de forma correta o índice de internação por urgência, em relação às internações eletivas, ou programadas, a remuneração diferenciada quando o tratamento médico instituído for de urgência ou emergência deveria continuar tendo diferenciação ante a cirurgia eletiva convencional, visto que o médico não conseguiu programar-se para a

realização da cirurgia, e muitas das vezes teve de alterar a rotina diária, inclusive suspendendo pacientes do atendimento de rotina. Porém, essa remuneração adicional não deveria ter relação com o horário de realização do procedimento conforme preconizam as tabelas da AMB, e sim estar vinculada ao fato de se realmente se trata de uma atuação em caráter eletivo ou de urgência, como a própria AMB fez na 5ª edição da CBHPM, em 2011, com alguns procedimentos em cirurgia vascular, como, por exemplo, o tratamento do aneurisma de aorta roto.

ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES GERAIS DA OPERADORA NO PERÍODO ANALISADO

Neste ponto, serão apresentados os resultados da estatística descritiva geral a todas as internações estudadas, independentes de serem elas de caráter clínico, cirúrgico, pediátrico ou obstétrico.

A média etária dos pacientes dos quais foram analisadas as internações foi de 36,2 anos, com desvio padrão de 28,34 anos por ocasião da internação. A distribuição etária da amostra analisada, pelas faixas padrão estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para as operadoras de planos de saúde, encontra-se representada na Figura 1, abaixo.

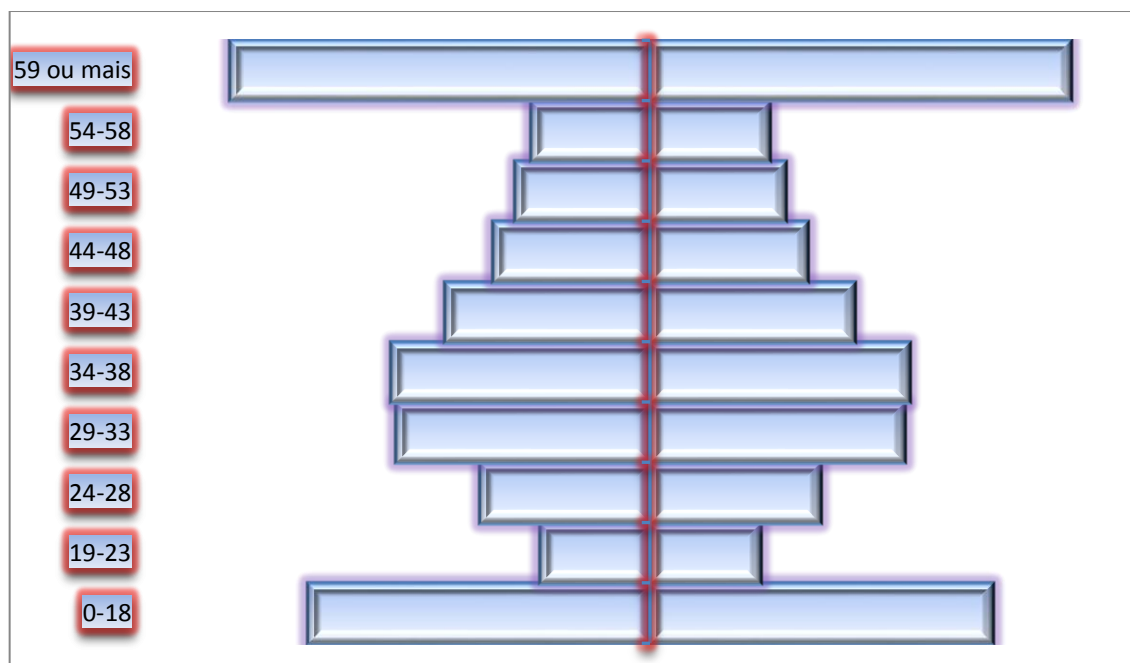


Figura 1 – Pirâmide etária dos beneficiários submetidos a internação na operadora durante os anos de 2001 a 2010

Vale ressaltar que esta pirâmide não corresponde à carteira total de beneficiários da operadora estudada, mas sim à pirâmide etária de todos os beneficiários submetidos à internação (clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátricas) ao longo dos anos estudados, o que faz com que a pirâmide assuma a forma de um barril com as bases alargadas, mostrando que a maior frequência de internação na amostra se encontra na primeira e na última faixa etária, representada por indivíduos de zero a 18 anos e indivíduos acima de 59 anos respectivamente.

A Figura 2, abaixo, mostra a distribuição por faixa etária padrão da ANS nas operadoras de planos de saúde na região metropolitana da Grande São Paulo, onde estaria localizada a referida operadora estudada (ANS, 2011b). Destarte, pode-se inferir que os beneficiários com mais de 59 anos, e os beneficiários de faixa etária de 29 a 33, de 34 a 38 e de 39 a 44 têm incidência de internações maior do que as demais faixas etárias, fazendo com que a pirâmide sofra alterações de formato.

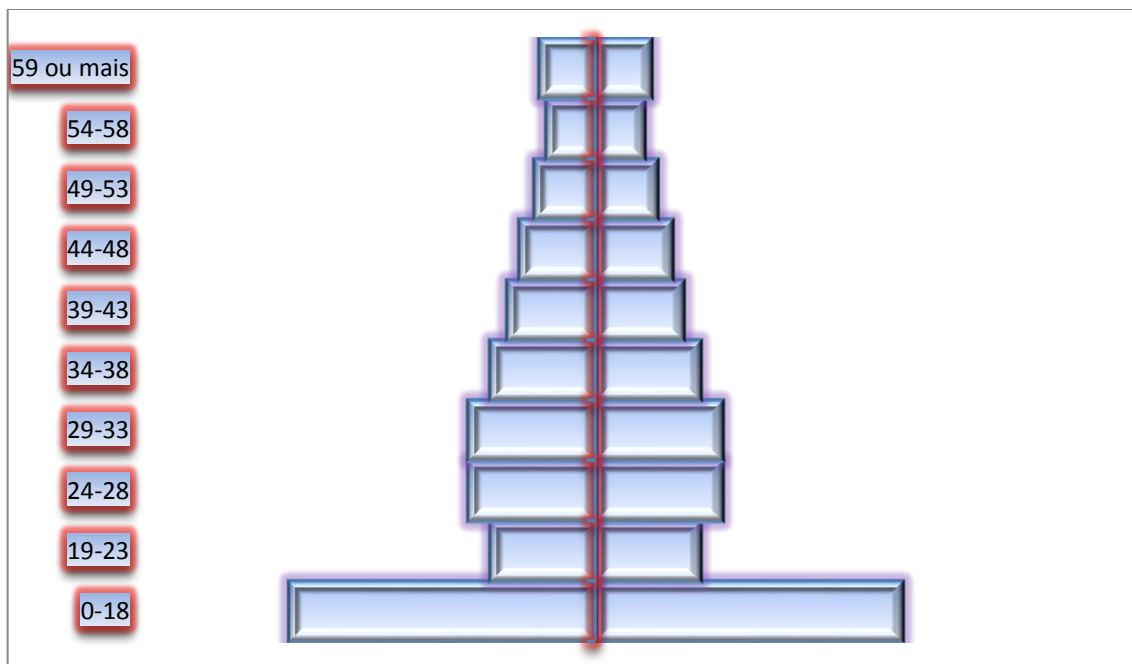


Figura 2 – Gráfico da distribuição dos beneficiários de planos de saúde das operadoras, na região metropolitana da Grande São Paulo com data-base em setembro de 2011

A distribuição do gênero dos pacientes que sofreram internação está representada na Figura 3, abaixo.

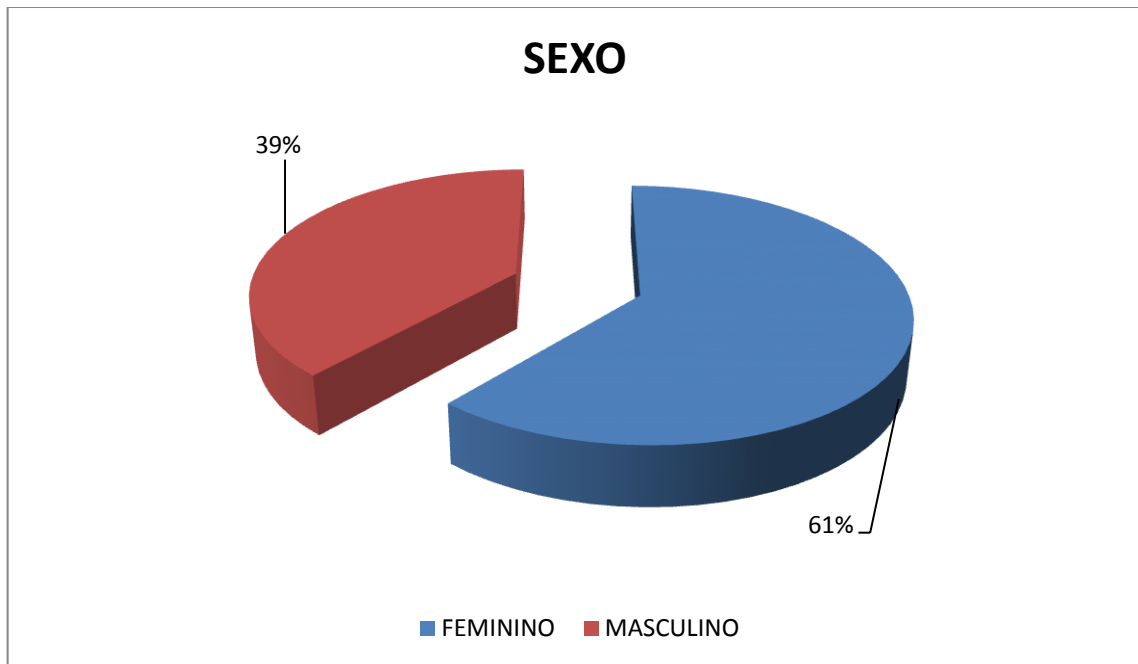


Figura 3 – Gráfico representando a proporcionalidade da distribuição sexual (masculino e feminino) dos indivíduos submetidos a internação de qualquer natureza na operadora estudada durante o período de 2001 a 2010

Da mesma forma, que a distribuição por faixa etária padrão da saúde suplementar, a distribuição de gênero dos indivíduos que sofreram internação durante o período de 2001 a 2010 na operadora estudada está relacionada às pessoas que efetivamente passaram por internação durante o período citado, e não a massa total de beneficiários da operadora. As internações nos indivíduos do sexo masculino representaram 39% do total de internações, enquanto as internações de pessoas do sexo feminino representaram a maioria, chegando a 61% de todas as internações do período analisado. Essa distribuição se diferencia da distribuição por gênero dos beneficiários de planos de saúde da mesma região geográfica publicada pela ANS (2011) em setembro de 2011. Em publicação, a agência mostra que 52% dos beneficiários que têm planos de saúde na região pertencem ao sexo feminino, enquanto 48% pertencem ao sexo masculino. Dessa forma, pode-se inferir que as pessoas do sexo feminino tendem a sofrer mais internações do que as pessoas do sexo masculino, visto que a distribuição populacional é de que 52% dos beneficiários

são do sexo feminino; e, ao analisar os percentuais de internação, esse número sobe para 61% ($p < 0,01$).

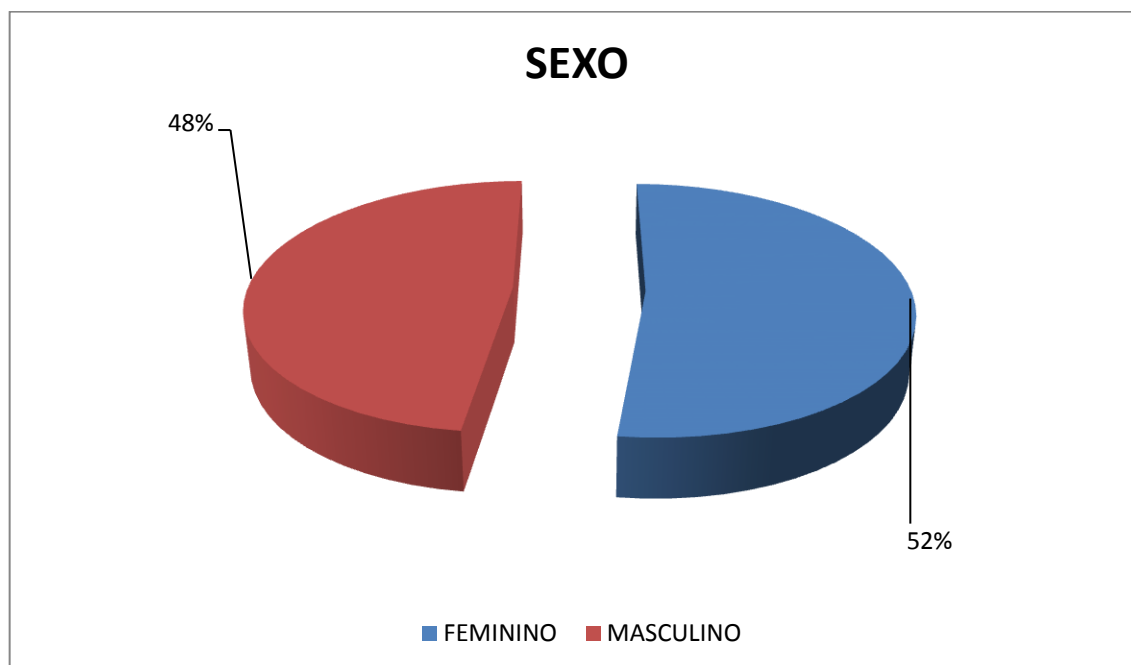


Figura 4 – Gráfico de proporcionalidade da distribuição sexual (masculino e feminino) dos indivíduos que possuem plano de saúde na mesma região da operadora estudada no mês de setembro de 2011 segundo a ANS

A maior parte dos beneficiários da operadora teve a internação em acomodações de quarto coletivos, representado 71% do volume total do período, e somente 29% das internações ocorreram em quartos individuais, também representando a mesma proporcionalidade de distribuição média dos beneficiários de planos de saúde segundo a ANS (ANS 2011).



Figura 5 – Gráfico da distribuição percentual das internações por tipo de acomodação (enfermaria-quarto coletivo e apartamento- quarto individual) dos beneficiários da operadora estudada internados no período de 2001 a 2011 independente do tipo de internação

As internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, e pediátricas analisadas na operadora estudada tiveram a seguinte distribuição:

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa das internações dos beneficiários da operadora estudada durante os anos de 2001 a 2011 segundo o tipo de internação (clínica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica)

Tipo de Internação	Quantidade	Percentual
Clínica	68.325	47,35%
Cirúrgica	61.039	42,30%
Obstétrica	13.223	9,16%
Pediátrica	1.718	1,19%
TOTAL	144.305	100%

Observa-se que a internação clínica foi o tipo mais frequente, com incidência de 47,35%, seguida da internação cirúrgica, com incidência de 42,30%, representando as duas quase 90% de todas as internações hospitalares da operadora estudada.



Figura 6 – Gráfico da distribuição das internações dos beneficiários da operadora estudada no período de 2001 a 2011 segundo o tipo de internação.

Cerca de 35% das internações que inicialmente receberam diagnóstico de tratamento clínico evoluíram ou tiveram algum procedimento cirúrgico que fizeram com que fossem reclassificadas para internação cirúrgica.

As internações clínicas tiveram valor total de custo assistencial de quase 191 milhões de reais, representando custo médio por internação de R\$ 2.789,64, sendo a segunda internação mais cara, perdendo somente para as internações pediátricas, que nada mais são do que internações clínicas em indivíduos com faixa etária igual ou inferior a 13 anos e apresentaram valor total de custo assistencial de cerca de 5 milhões de reais, com média por internação de R\$ 2.948,11.

As internações obstétricas constituíram-se nas internações de menor custo assistencial por internação, com valor médio unitário de R\$ 1.053,40 e total de cerca de 14 milhões de reais de valor total de custo assistencial.

Tabela 4 – Detalhamento do volume de internação por tipo de internação com descrição do custo assistencial total e a média por internação

Tipo de Internação	Quantidade	Valor Total de Custo Assistencial	Média
Clínica	68.325	190.602.332,07	2.789,64
Cirúrgica	61.039	78.380.155,47	1.284,10
Obstétrica	13.223	13.929.069,12	1.053,40
Pediátrica	1.718	5.064.853,93	2.948,11

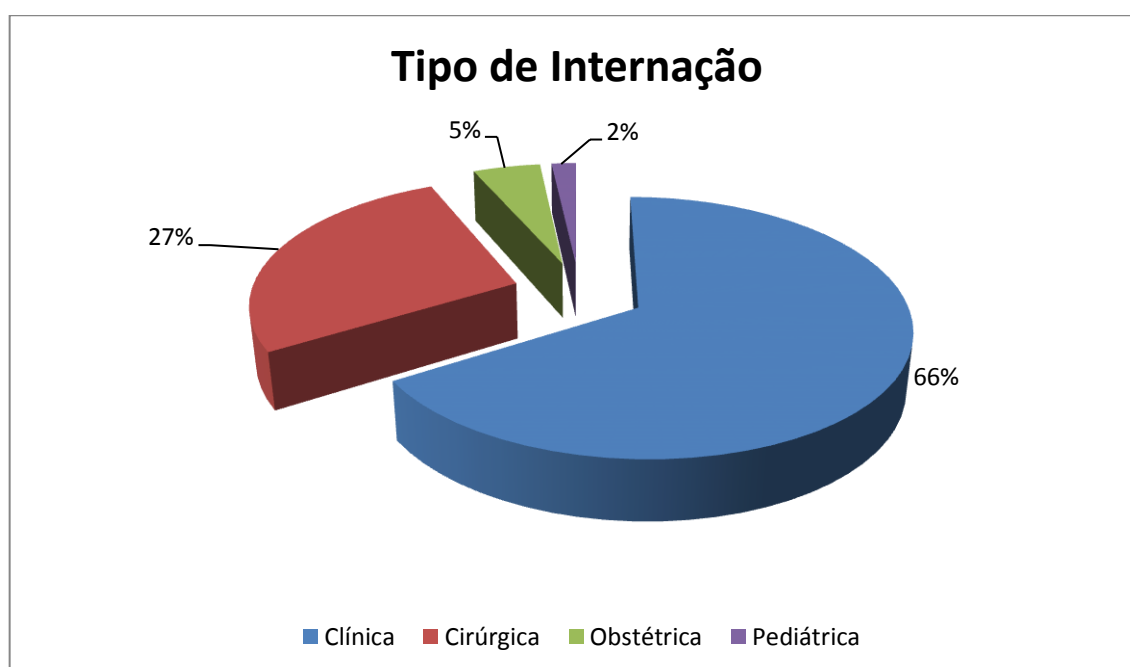


Figura 7 – Gráfico com distribuição percentual dos custos totais de internação de acordo com o tipo de internação

As internações clínicas e pediátricas tiveram maior permanência do que as cirúrgicas e do que as obstétricas, com média de dias semelhante entre si. A média de dias das internações clínicas e pediátricas foi de cinco dias, enquanto a média de internações cirúrgicas e obstétrica foi de um dia.

Pelo fato de a média de internação clínica e pediátrica ser maior, o custo médio diário de internação diminuiu para níveis de R\$ 605,28 nas internações clínicas e para R\$ 648,50 nas pediátricas.

Tabela 5 – Detalhamento do custo médio das internações por tipo correlacionado com a média de dias de internações e com o custo médio diário das internações

Tipo de Internação	Média de Custo	Média de Dias de Internação	Custo Médio Diário
Clínica	2.789,64	4,61	605,28
Cirúrgica	1.284,10	0,97	1.330,15
Obstétrica	1.053,40	1,44	731,87
Pediátrica	2.948,11	4,55	648,50

Considerando que o valor de remuneração do médico que faz visita hospitalar por visita e por dia é de R\$ 36,00, a visita hospitalar corresponde a 5,95% do valor total da diária das internações clínicas e a 5,55% do valor total da diária das internações pediátricas, isso quer dizer que mais de 94% dos valores pagos pela operadora de plano de saúde estudado são destinados ao custeio dos gastos hospitalares, em internações de caráter eminentemente clínico, tenham sido realizadas em indivíduos adultos ou crianças.

As internações cirúrgicas tiveram média próxima a um dia de internação, o que fez com que os custo médio diário de internação ficassem em R\$ 1.330,15.

As internações clínicas e pediátricas, que tiveram média de custo de internação de R\$ 2.789,64 e de R\$ 2.948,11 respectivamente, custos estes maiores do que as internações cirúrgicas, passaram a ter custos menores quando se analisa o custo médio por dia de internação (R\$ 605,28 e R\$ 648,50 respectivamente).

As internações clínicas tiveram duração média de cinco dias, com desvio padrão de onze dias; as internações pediátricas tiveram duração média de cinco dias e desvio padrão de seis dias.

Já as internações cirúrgicas e obstétricas tiveram média de internação de um dia, com desvio padrão de dois dias para as obstétricas e seis dias para as cirúrgicas.

As internações realizadas tiveram caráter eletivo e de urgência na seguinte distribuição, conforme mostra a Figura 8, abaixo.



Figura 8 – Gráfico da distribuição percentual das internações segundo o caráter de eletiva ou urgência

Devido a um vício no modo de liberação da guia de internação para o médico, os valores de internação de urgência estão subestimados pelo fato de que as guias emitidas para médicos cooperados são classificadas como eletivas mesmo que tenham sido emitidas para doença ou tratamento de urgência. De qualquer forma, as cirurgias eletivas representaram a maioria absoluta das internações realizadas no período, com incidência de 97% de todas as internações e com as internações de urgência representando somente 3%.

Com relação às doenças que causaram a internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, os capítulos mais comumente encontrados estão distribuídos como mostra a Figura 9.

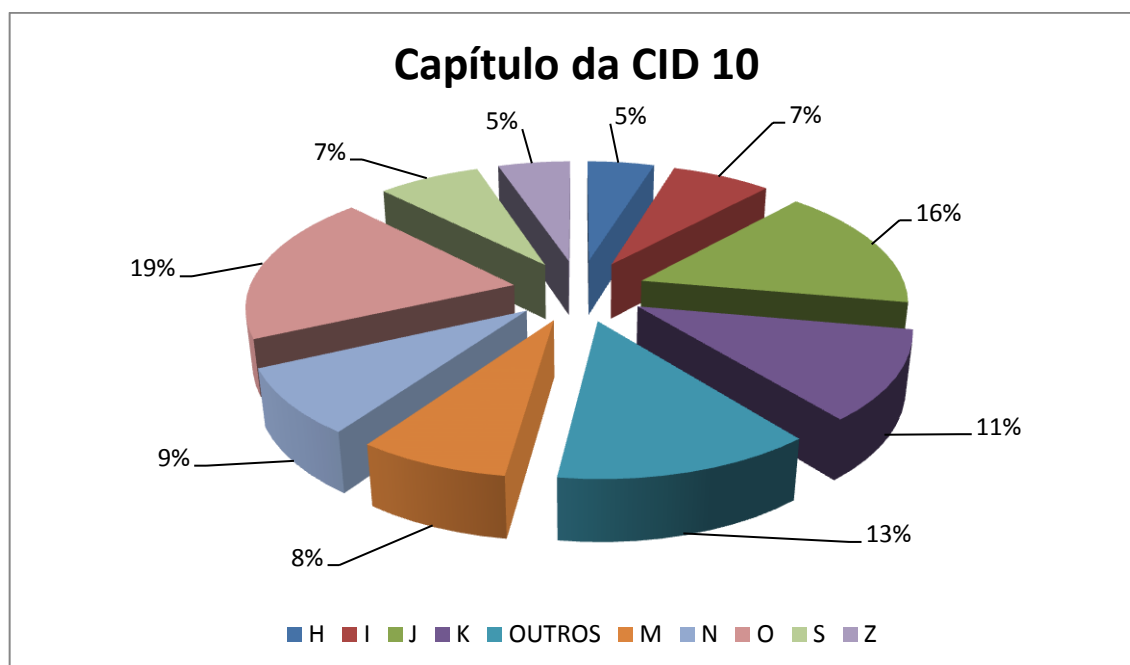


Figura 9 – Gráfico da distribuição percentual de diagnósticos de alta dos pacientes internados na operadora estudada no período de 2001 a 2011 segundo o capítulo da CID-10

ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS RELACIONADAS AO APARELHO DIGESTÓRIO DA OPERADORA NO PERÍODO ANALISADO

Neste item serão relatados os resultados específicos das doenças do aparelho digestório que tiveram tratamento cirúrgico. Das 61.039 internações devido a doenças de tratamento cirúrgico, ou que em algum momento receberam tratamento cirúrgico ou procedimento cirúrgico, 3.075 internações foram devido a

doenças do aparelho digestório que necessitaram de tratamento cirúrgico, o que revela que na operadora 5,04% das internações cirúrgicas foram devidas a doenças relacionadas ao aparelho digestório.

Das 3.075 internações, 3.037 (98,76%) foram consideradas primeira internação, sendo que 38 internações na verdade foram reinternações para reintervenções cirúrgicas em pacientes tratados de doenças em um período de tempo inferior a trinta dias. Há possibilidade de que devido ao modo de registro da operadora no sistema de gestão os dados estejam subestimados.

Com os dados analisados os dados do banco de dados da operadora em estudo, não foi possível fazer o reconhecimento de recidivas de doenças que necessitassem de tratamento após esse período, como, por exemplo, uma herniorrafia inguinal, em que depois de algum tempo, isto é, um ou dois anos, o beneficiário precisou ser reoperado devido à recidiva da doença, bem como, em outros casos, não foi possível determinar se isso ocorreu devido à ineficiência do tratamento instituído ou à causalidade de frequência de recidivas das doenças.

A média etária dos pacientes que tiveram internações com doenças do aparelho gastrointestinal foi de 38,48 anos, com desvio padrão de 19,31 anos por ocasião da internação. A distribuição etária, pelas faixas padrão estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para as operadoras de planos de saúde, encontra-se representada na Figura 10, abaixo.

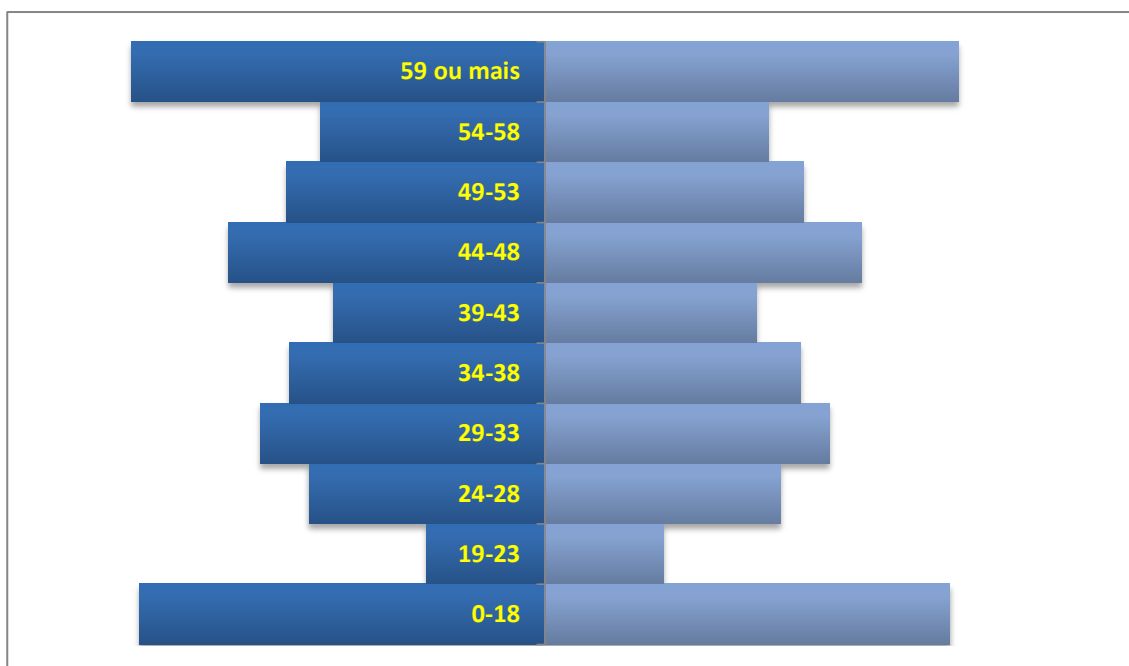


Figura 10 – Distribuição por faixa etária padrão da ANS dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório

Vale ressaltar que o gráfico corresponde à pirâmide etária dos beneficiários que foram submetidos a internações cirúrgicas por doenças do aparelho digestório ao longo dos anos estudados. Pela pirâmide etária populacional apresentada anteriormente (ANS, 2011), pode-se inferir que a partir da terceira faixa etária, até a última faixa etária, houve maior incidência de doenças cirúrgicas relacionadas ao aparelho digestório, o que produziu alteração significativa no desenho da pirâmide etária dos beneficiários em geral da mesma região da operadora estudada, conforme pode ser verificado na Figura 2 (ANS, 2011).

A distribuição de gênero dos pacientes que sofreram cirurgia no aparelho digestório ao longo dos anos estudados está representada na Figura 11, abaixo:

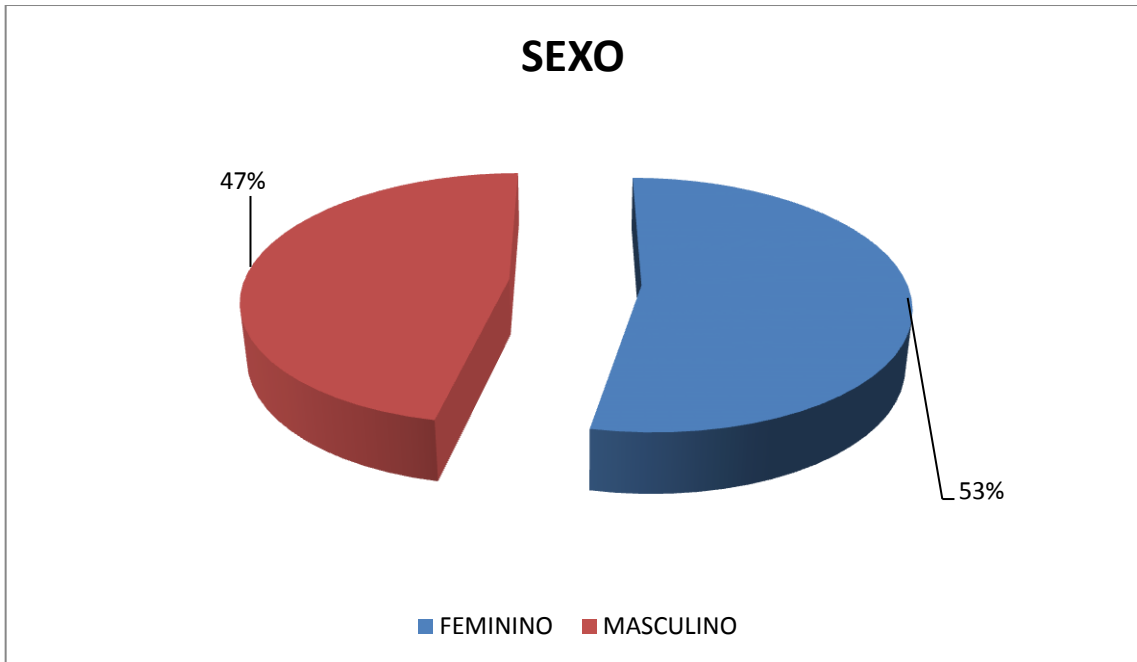


Figura 11 – Gráfico de distribuição por sexo dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório

Da mesma forma, a distribuição de gênero corresponde aos beneficiários submetidos a internações cirúrgicas por doenças do aparelho digestório ao longo dos anos estudados, isto é, durante o período de 2001 a 2010; ou seja, das internações realizadas, 53% eram de pessoas do sexo feminino e 47%, de pessoas do sexo masculino, o que mantém semelhança com a distribuição geral dos beneficiários de planos de saúde das operadoras na mesma região geográfica da operadora estudada, conforme se verifica na Figura 4 12?.

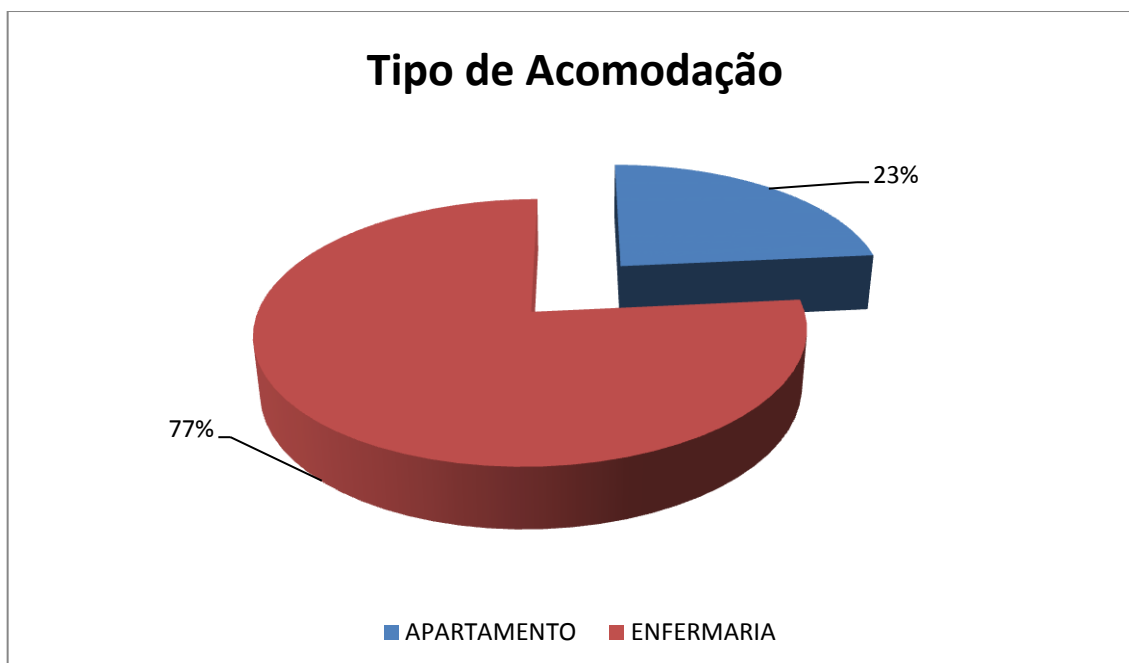


Figura 12 – Gráfico de distribuição por tipo de acomodação dos beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório

A distribuição de tipo de acomodação é correspondente aos beneficiários submetidos a internação cirúrgica por doenças do aparelho digestório ao longo dos anos estudados, isto quer dizer que, das internações realizadas, 77% eram em enfermarias e 23%, em apartamentos, o que mantém semelhança com a distribuição geral da população conforme dados dos indicadores do setor (ANS, 2011).



Figura 13 – Distribuição por caráter da internação de beneficiários da operadora estudada submetidos a internação cirúrgica relacionada a doenças do aparelho digestório

Noventa por cento das internações das doenças do aparelho digestório se fazem de caráter eletivo, e cerca de 10% em caráter de urgência. Os valores de internação de urgência podem estar subestimados devido ao fato de que as guias emitidas para médicos cooperados são classificadas como eletivas, mesmo que tenham sido emitidas para doença ou tratamento de urgência, conforme já relatado anteriormente.

A média de internação dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para as doenças do aparelho digestório foi de 2,14 dias, com desvio padrão de 2,07 dias, o que revela aumento da média de dias de internação em relação à população geral estudada, muito provavelmente devido ao fato de que a maioria das doenças do aparelho digestório não podem ser tratadas em sistema de internação “*day hospital*”, como ocorre frequentemente com as doenças cirúrgicas oftalmológicas e otorrinolaringológicas.

Com relação às doenças que causaram a internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, foram encontrados os seguintes códigos, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Detalhamento dos códigos do CID de beneficiários internados no período de 2001 a 2010 da operadora estudada por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório

CID-10	Doença	Quantidade
K20	Esofagite	4
K21	Doença de refluxo gastresofágico	239
K22	Outras doenças do esôfago	1
K25	Úlcera gástrica	16
K26	Úlcera duodenal	1
K29	Gastrite e duodenite	1
K35	Apendicite aguda	148
K37	Apendicite, sem outras especificações	27
K40	Hérnia inguinal	648
K41	Hérnia femoral	1
K42	Hérnia umbilical	416
K43	Hérnia ventral	106
K44	Hérnia diafragmática	20
K45	Outras hérnias abdominais	25
K46	Hérnia abdominal não especificada	58
K57	Doença diverticular do intestino	4
K60	Fissura e fístula das regiões anal e retal	129
K61	Abscesso das regiões anal e retal	10
K62	Outras doenças do reto e do ânus	120
K63	Outras doenças do intestino	13
K65	Peritonite	1
K73	Hepatite crônica não classificada em outra parte	5
K75	Outras doenças inflamatórias do fígado	3
K76	Outras doenças do fígado	6
K80	Colelitíase	818
K81	Colecistite	164
K82	Outras doenças da vesícula biliar	14
K83	Outras doenças das vias biliares	3
K92	Outras doenças do aparelho digestório	3
R10	Dor abdominal e pélvica	33
	TOTAL	3.037

Como se pode verificar, o cotidiano do cirurgião do aparelho digestório está relacionado ao tratamento cirúrgico de cinco doenças: hérnia inguinal e umbilical, vesícula biliar, refluxo gastroesofágico e doenças orificiais, relacionadas à Proctologia, como mostra a Figura 14.

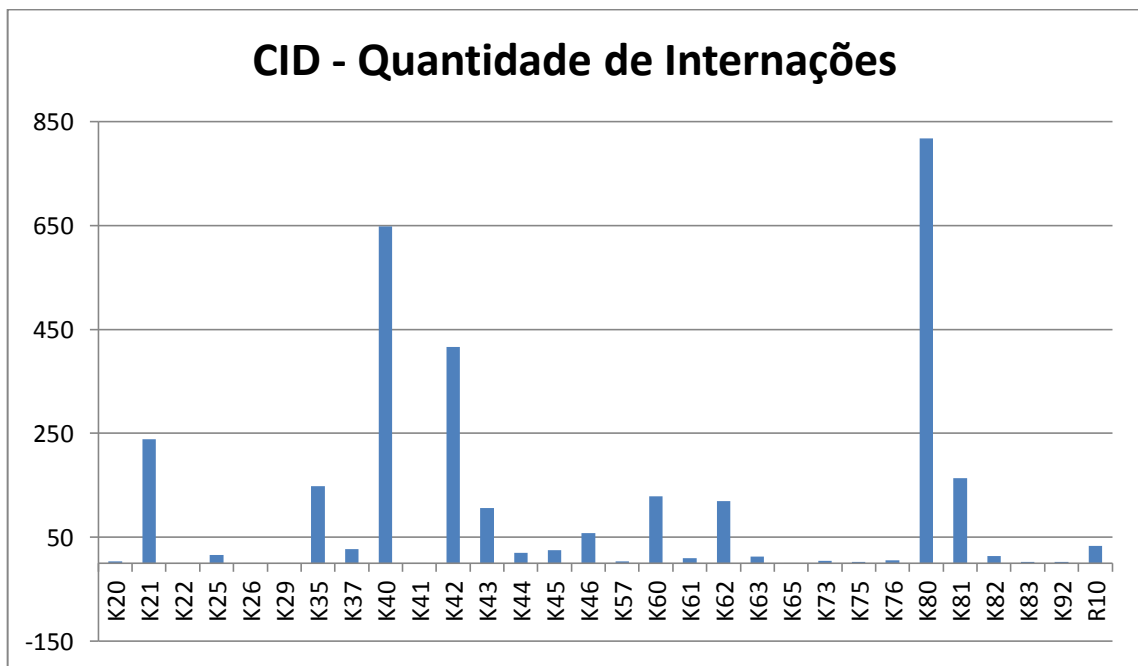


Figura 14 – Distribuição gráfica das doenças relacionadas ao aparelho digestório que causaram internação de beneficiários da operadora estudada no período de 2001 a 2010

Tabela 7 – Valores gastos pela operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10

CID-10	Doença	Valores (R\$)
K20	Esofagite	10.155
K21	Doença de refluxo gastresofágico	881.168
K22	Outras doenças do esôfago	7.950
K25	Úlcera gástrica	134.842
K26	Úlcera duodenal	65.967
K29	Gastrite e duodenite	210
K35	Apendicite aguda	262.981
K37	Apendicite, sem outras especificações	74.428
K40	Hérnia inguinal	757.844
K41	Hérnia femoral	1.635
K42	Hérnia umbilical	440.841
K43	Hérnia ventral	155.080
K44	Hérnia diafragmática	64.916
K45	Outras hérnias abdominais	31.440
K46	Hérnia abdominal não especificada	107.229
K57	Doença diverticular do intestino	19.142
K60	Fissura e fístula das regiões anal e retal	171.273
K61	Abscesso das regiões anal e retal	15.050
K62	Outras doenças do reto e do ânus	223.975
K63	Outras doenças do intestino	137.514
K65	Peritonite	4.442
K73	Hepatite crônica não classificada em outra parte	25.626
K75	Outras doenças inflamatórias do fígado	4.090
K76	Outras doenças do fígado	19.566
K80	Colelitíase	2.126.059
K81	Colecistite	412.941
K82	Outras doenças da vesícula biliar	39.491
K83	Outras doenças das vias biliares	9.694
K92	Outras doenças do aparelho digestório	37.374
R10	Dor abdominal e pélvica	89.616
	TOTAL	6.332.539

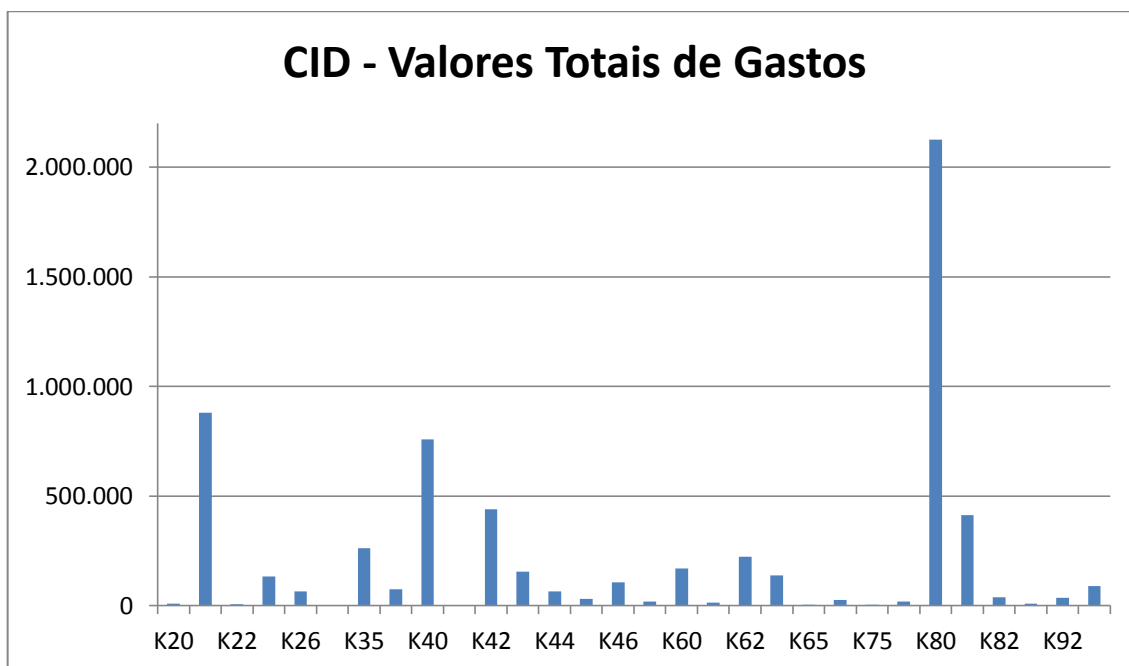


Figura 15 – Distribuição gráfica dos valores gastos pela operadora estudada por doenças relacionadas ao aparelho digestório que causaram internação de beneficiários no período de 2001 a 2010

Os valores totais de gastos com internações oriundas de doenças do aparelho digestório foram de R\$ 6.332.529,00, com média por internação de R\$ 2.085,00 e gasto médio diário de R\$ 974,36. Os dados mostram que as internações cirúrgicas das doenças do aparelho digestório têm valores de custos assistenciais superiores aos encontrados em pacientes com internações cirúrgicas em geral, apesar de ter gasto médio diário menor, pois, como já foi relatado anteriormente, têm média de dias de internação maior do que das internações cirúrgicas em geral.

Tabela 8 – Valores de gastos médios por internação pela operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10

CID-10	Doença	Gasto Médio por Internação (R\$)
K20	Esofagite	2.539
K21	Doença de refluxo gastresofágico	3.687
K22	Outras doenças do esôfago	7.950
K25	Úlcera gástrica	8.428
K26	Úlcera duodenal	65.967
K29	Gastrite e duodenite	210
K35	Apendicite aguda	1.777
K37	Apendicite, sem outras especificações	2.757
K40	Hérnia inguinal	1.170
K41	Hérnia femoral	1.635
K42	Hérnia umbilical	1.060
K43	Hérnia ventral	1.463
K44	Hérnia diafragmática	3.246
K45	Outras hérnias abdominais	1.258
K46	Hérnia abdominal não especificada	1.849
K57	Doença diverticular do intestino	4.786
K60	Fissura e fístula das regiões anal e retal	1.328
K61	Abscesso das regiões anal e retal	1.505
K62	Outras doenças do reto e do ânus	1.866
K63	Outras doenças do intestino	10.578
K65	Peritonite	4.442
K73	Hepatite crônica não classificada em outra parte	5.125
K75	Outras doenças inflamatórias do fígado	1.363
K76	Outras doenças do fígado	3.261
K80	Colelitíase	2.599
K81	Colecistite	2.518
K82	Outras doenças da vesícula biliar	2.821
K83	Outras doenças das vias biliares	3.231
K92	Outras doenças do aparelho digestório	12.458
R10	Dor abdominal e pélvica	2.716

Tabela 9 – Valores de gastos médios por dia de internação da operadora estudada com internação de beneficiários no período de 2001 a 2010 por doenças relacionadas ao capítulo das doenças do aparelho digestório com os respectivos códigos de CID 10

CID-10	Doença	Dias de Internação (média)	Gasto Médio por Dia de Internação (R\$)
K20	Esofagite	3,3	781
K21	Doença de refluxo gastresofágico	2,2	1.653
K22	Outras doenças do esôfago	4,0	1.987
K25	Úlcera gástrica	7,3	1.162
K26	Úlcera duodenal	30,0	2.199
K29	Gastrite e duodenite	3,0	70
K35	Apendicite aguda	3,6	494
K37	Apendicite, sem outras especificações	4,3	647
K40	Hérnia inguinal	1,6	728
K41	Hérnia femoral	2,0	818
K42	Hérnia umbilical	1,5	705
K43	Hérnia ventral	2,1	683
K44	Hérnia diafragmática	2,1	1.546
K45	Outras hérnias abdominais	1,5	827
K46	Hérnia abdominal não especificada	2,4	783
K57	Doença diverticular do intestino	4,8	1.007
K60	Fissura e fístula das regiões anal e retal	2,0	680
K61	Abscesso das regiões anal e retal	3,2	470
K62	Outras doenças do reto e do ânus	2,3	797
K63	Outras doenças do intestino	8,0	1.322
K65	Peritonite	7,0	635
K73	Hepatite crônica não classificada em outra parte	4,6	1.114
K75	Outras doenças inflamatórias do fígado	4,0	341
K76	Outras doenças do fígado	2,7	1.223
K80	Colelitíase	2,1	1.251
K81	Colecistite	2,5	995
K82	Outras doenças da vesícula biliar	2,4	1.197
K83	Outras doenças das vias biliares	3,3	969
K92	Outras doenças do aparelho digestório	8,7	1.437
R10	Dor abdominal e pélvica	3,3	830

Com relação ao risco cirúrgico do ponto de vista anestésico, os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de doenças do aparelho digestório tiveram a seguinte classificação ASA (Tabela 10), não sendo considerada a classificação 5, relativa ao procedimento a ser realizado em urgência/emergência, pelo fato já descrito anteriormente, de que esses valores estariam subestimados em razão de a operadora de plano de saúde liberar as guias de internação de urgência em nome de médicos cooperados como internações eletivas.

Tabela 10 – Quantidade de internações de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório

ASA	Quantidade
1	2003
2	1028
3	6
4	0
TOTAL	3037

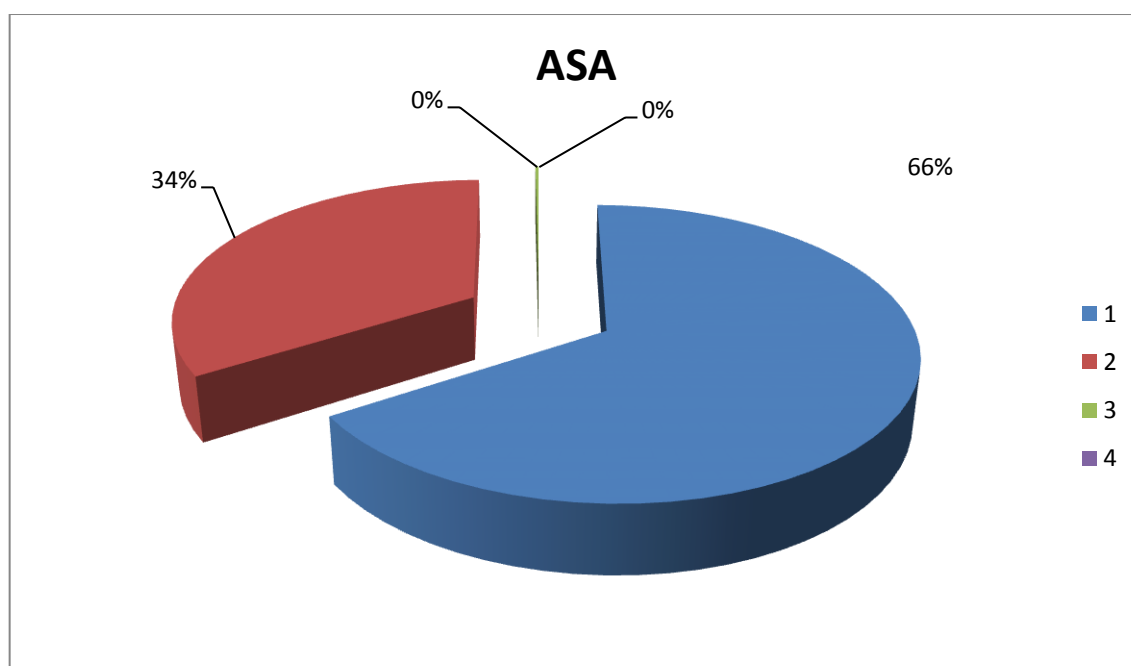


Figura 16 – Gráfico da distribuição percentual de internações de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório

Na classificação do risco cirúrgico sob o ponto de visto cardiológico, com a classificação de Goldman, os pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico de doenças do aparelho digestório tiveram a seguinte classificação, como mostra a Tabela 11.

Tabela 11 – Quantidade de internações de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório

AHA	Quantidade
1	2007
2	1024
3	6
4	0
TOTAL	3037

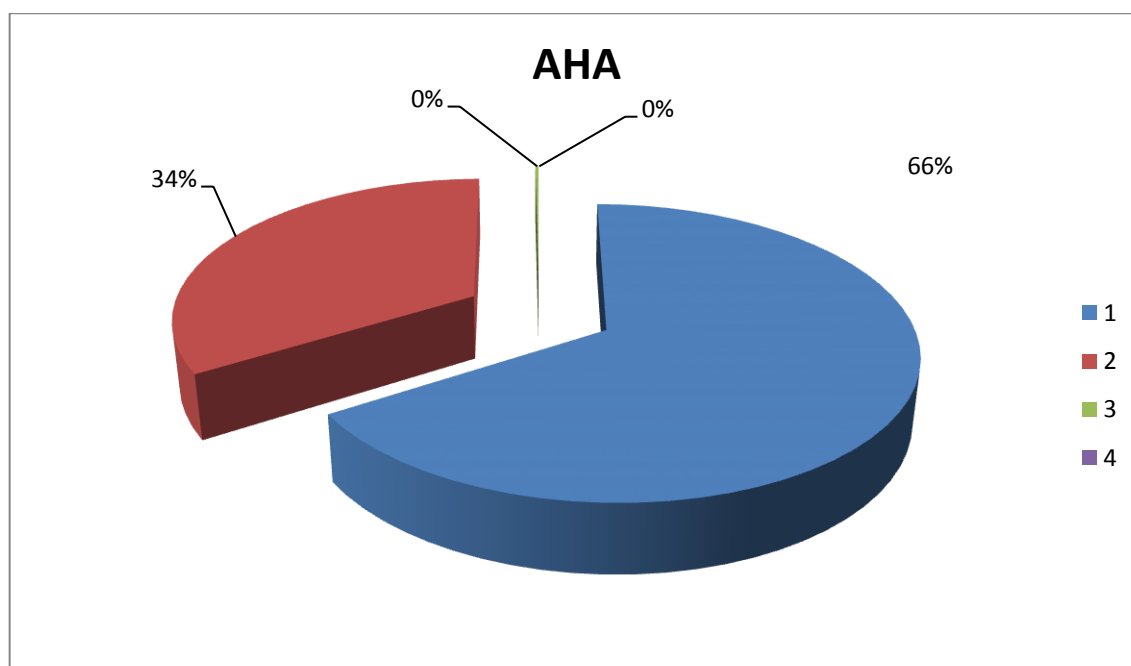


Figura 17 – Gráfico da distribuição percentual das internações de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório

Tabela 12 – Média de dias de internação, valores médios por internação e média diária de internação de acordo com a classificação ASA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório

ASA	Dias de Internação (Média)	Média por Internação	Média por Dia
1	1,97	1.803	917
2	2,46	2.619	1.066
3	5,50	5.397	981
4	-	-	-

Os custos crescentes com as internações de acordo com o nível de classificação ASA permitem inferir que houve maior utilização dos recursos hospitalares além de média de dias de internações maior, fazendo com que o

trabalho médico de cuidar do paciente internado, como fazer visitas regulares, fosse maior nos pacientes com risco anestésico maior.

A média menor de custo por dia de internação encontrada nos casos de risco anestésico – ASA 3 – é devido ao fato de que a distribuição dos custos hospitalares diários em uma internação cirúrgica vai diminuindo com a quantidade de dias internados, apesar de a conta hospitalar no final ficar maior, devido a maior permanência hospitalar do paciente. Resultado semelhante se encontrou ao analisar o risco cirúrgico cardíaco de Goldman, conforme pode ser verificado na Tabela 13, abaixo.

Tabela 13 – Média de dias de internação, valores médios por internação e média diária de internação de acordo com a classificação AHA de beneficiários que realizaram internação cirúrgica na operadora estudada no período de 2001 a 2010 devido a doenças do aparelho digestório.

AHA	Dias de Internação (Média)	Média por Internação	Média por Dia
1	1,97	1.807	916
2	2,45	2.610	1.067
3	5,50	5.397	981
4	-	-	-

Desta forma, para os estudos estatísticos, foram analisadas as seguintes doenças, segundo a Tabela 14.

Tabela 14 – Doenças utilizadas para aplicação da nova fórmula de cálculo da remuneração

CID-10	Doença	Quantidade
K21	Doença de refluxo gastresofágico	239
K35	Apendicite aguda	148
K40	Hérnia inguinal	648
K42	Hérnia umbilical	416
K80	Colelitíase	818
K81	Colecistite	164

K21 – Doença do Refluxo Gastresofágico

A média etária dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi de 45,28 anos, com desvio padrão de 12,46 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 2,23 dias, com desvio padrão de 1,46 dia.

Todas as cirurgias foram realizadas em caráter eletivo, e, apesar de se tratar de doença de tratamento tipicamente eletivo, esse fato também foi influenciado pelo modo de liberação de guias da operadora aos cooperados, conforme já relatado anteriormente.

Tabela 15 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,08	3.362	583
2	2,41	4.113	567
3	3,00	6.614	523
4	-		
TOTAL	2,23	3.712	576

Como se pode verificar, há tendência de crescimento do número de dias médios bem como da média do custo total de internação dos pacientes. Com a elevação da quantidade de dias de internação, maior é o trabalho médico, pois, independentemente de o risco inerente ao paciente ASA 3 ser maior do que o ASA 1, e só por isso o médico já deveria ser melhor remunerado, pois terá de passar visitas diárias a mais nos pacientes ASA 3 que ficaram, em média, um dia mais internados do que os pacientes ASA 1, o que se verifica é que a média do recebimento médico é menor no paciente ASA 3 do que no paciente ASA 1.

Tabela 16 – Média de dias de internação, de custo de internação e de valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastresofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,17	3.426	598
2	2,31	4.035	549
3	3,00	6.614	523
4	-		
TOTAL	2,23	3.712	576

Da mesma forma que quando foram estudados os pacientes segundo a classificação ASA, na classificação segundo o risco cirúrgico de Goldman houve remuneração média menor do médico no paciente AHA 3 do que no paciente AHA 1, mesmo aquele tendo permanecido um dia a mais no hospital em média com probabilidade maior de risco, tanto no que se refere a morbidade, quanto a mortalidade; dessa forma, os ganhos do profissional deveriam ser proporcionais ao risco assumido, logo seus ganhos deveriam ser maiores nos pacientes tanto com ASA mais elevado, quanto com AHA mais elevado.

Tabela 17 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	39,27	1	39,67
2	52,45	2	52,43
3	65,00	3	65,00
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

The regression equation is
 $ASA = 0,467 + 0,0218 IDADE$
 $R-Sq = 28,8\%$ $R-Sq(adj) = 28,4\%$
 Analysis of Variance
 Source DF SS MS F P
 Regression 1 17,621 17,621 95,63 0,000
 Residual Error 237 43,668 0,184
 Total 238 61,289

Regression Analysis: AHA versus IDADE

The regression equation is
 $AHA = 0,488 + 0,0210 IDADE$
 $R-Sq = 26,8\%$ $R-Sq(adj) = 26,5\%$
 Analysis of Variance
 Source DF SS MS F P
 Regression 1 16,297 16,297 86,65 0,000
 Residual Error 237 44,573 0,188
 Total 238 60,870

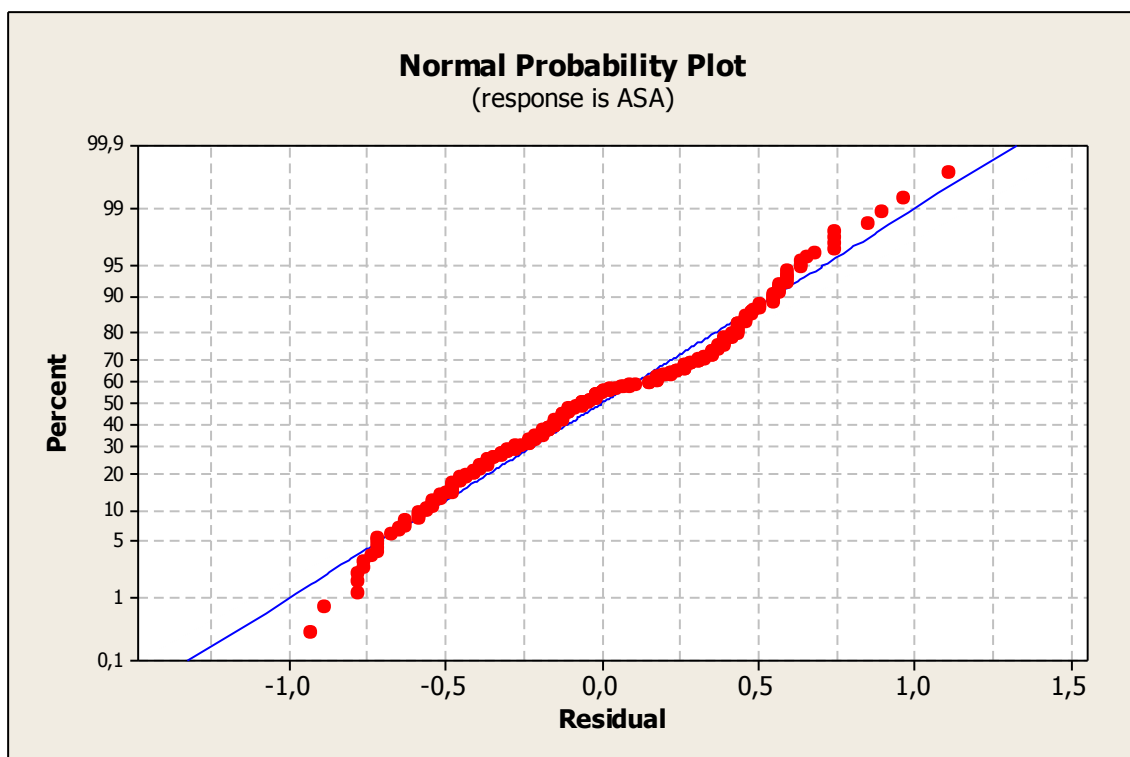


Figura 18 – Gráfico da idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

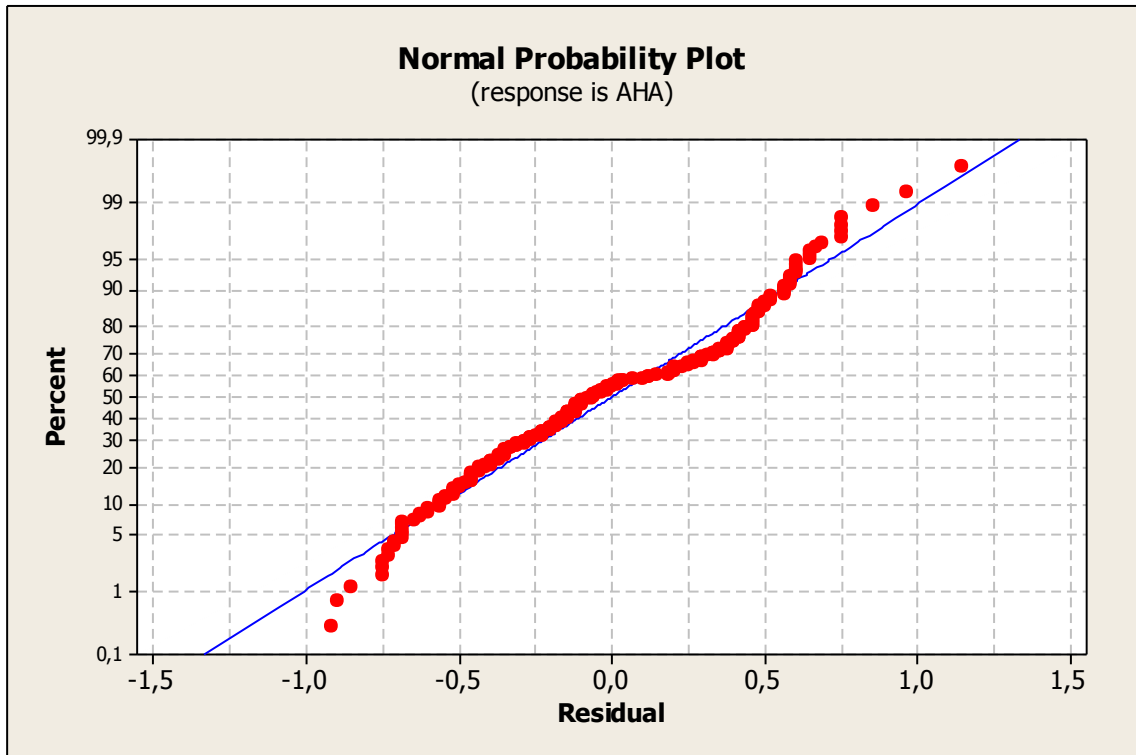


Figura 19 – Gráfico da idade média dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (CID 10 – K 21) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

K35 – Apendicite Aguda

A média etária dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico foi de 28,36 anos, com desvio padrão de 14,61 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 3,67 dias, com desvio padrão de 2,62 dias.

Todas as cirurgias foram realizadas em caráter de urgência, pois se trata de doença eminentemente de tratamento cirúrgico de urgência.

Tabela 18 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite aguda (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	3,625	1.681	270
2	3,72	1.907	347
3	8	12.150	543
4	-	-	-
TOTAL	3,67	1.780	280,98

Nos pacientes tratados de apendicite, foi encontrada elevação na quantidade de dias de internação em média, quando a classificação ASA do paciente se eleva de 1 para 3 e principalmente quando se eleva de 2 para 3, da mesma forma que a média dos custos de internação sobe ao longo da classificação, principalmente quando se eleva de ASA 2 para ASA 3. Porém, neste caso, diferentemente da doença do refluxo gastroesofágico, em que a remuneração do médico se mantém estável com leve tendência ao declínio, na apendicite os valores de remuneração mantêm tendência de crescimento ao longo da classificação ASA.

Tabela 19 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite aguda (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	3,63	1.681	270
2	3,72	1.907	347
3	8	12.150	543
4	-	-	-
TOTAL	3,67	1.780	280,98

Tabela 20 – Idade média de pacientes submetidos ao tratamento da apendicite (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	24,99	1	24,99
2	48,83	2	48,83
3	82,00	3	82,00
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

$$\text{ASA} = 0,705 + 0,0152 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 37,7\% \text{ R-Sq(adj)} = 37,3\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 7,2714 7,2714 87,81 0,000

Residual Error 145 12,0075 0,0828

Total 146 19,2789

Regression Analysis: AHA versus IDADE

$$\text{AHA} = 0,705 + 0,0152 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 37,7\% \text{ R-Sq(adj)} = 37,3\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 7,2714 7,2714 87,81 0,000

Residual Error 145 12,0075 0,0828

Total 146 19,2789

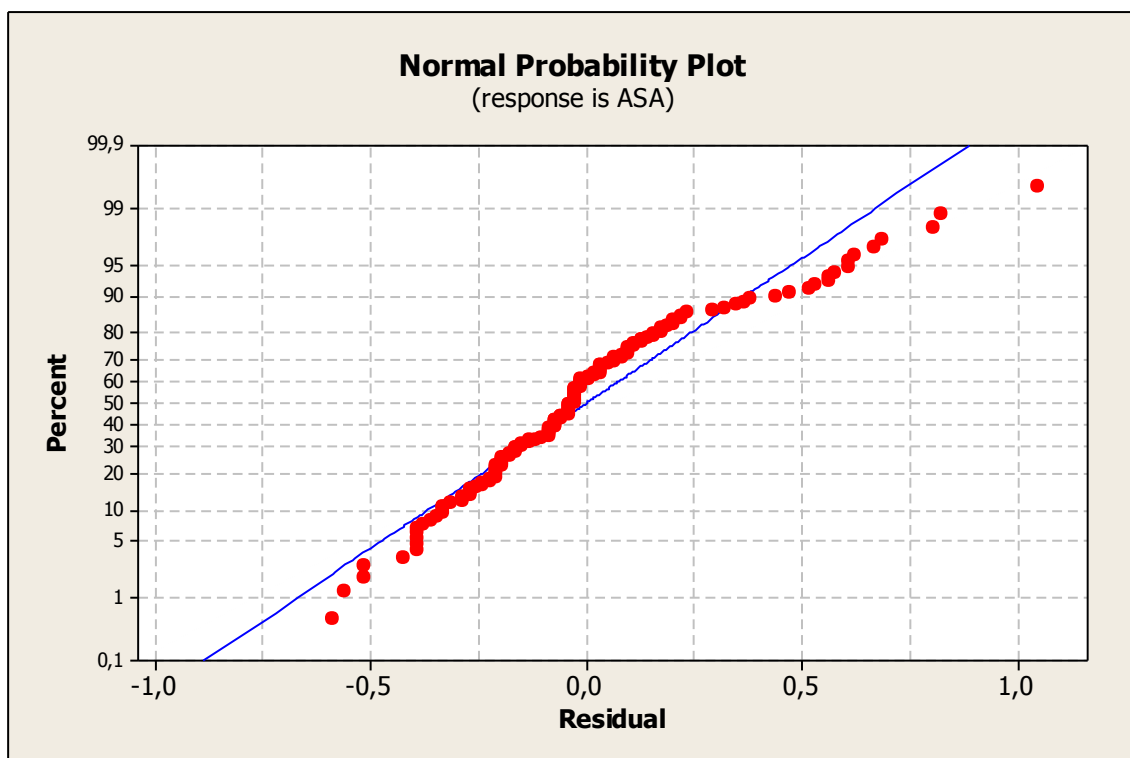


Figura 20 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de apendicite (CID 10 – K 35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

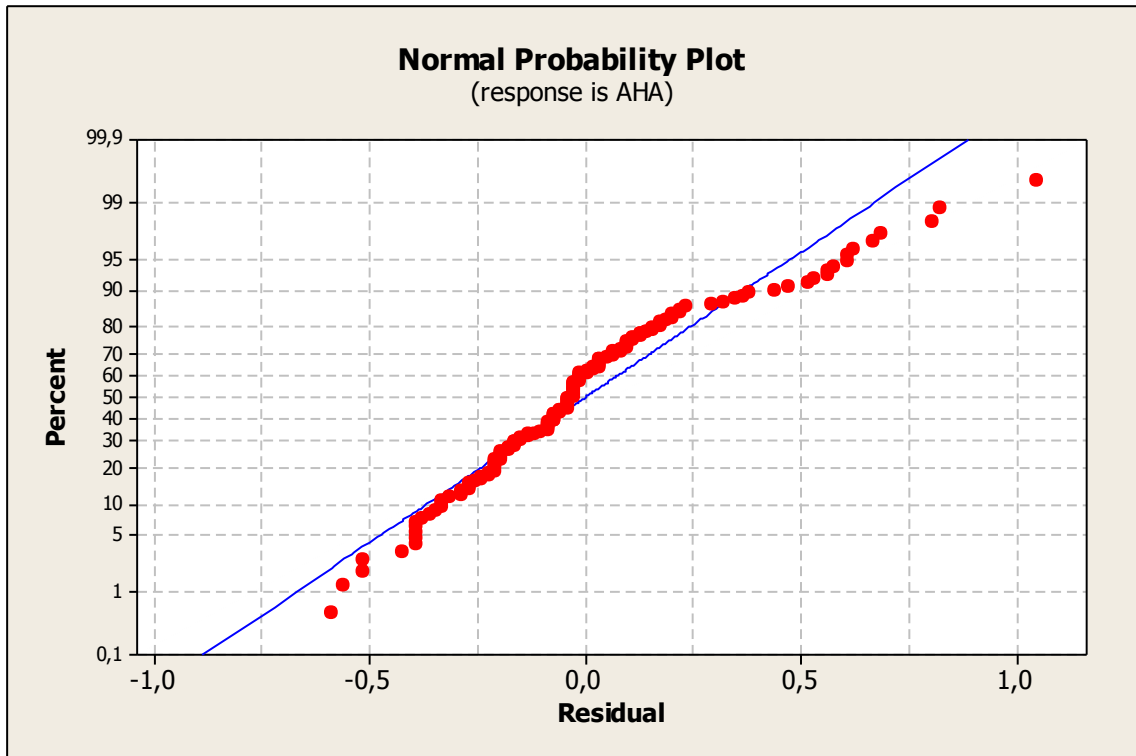


Figura 21 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de apendicite (CID 10 – K35) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

K40 – Hérnia Inguinal

A média etária dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi de 35,51 anos, com desvio padrão de 23,67 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 1,62 dia, com desvio padrão de 0,93 dia.

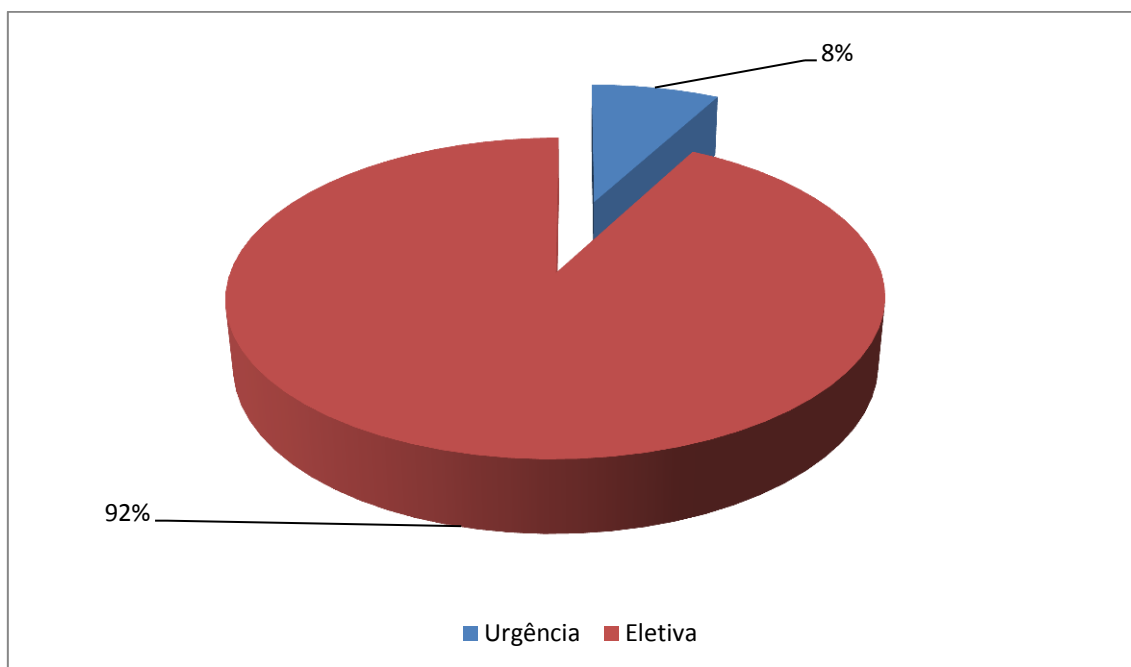


Figura 22 – Gráfico mostrando o percentual de tratamento Cirúrgico Eletivo ou de Urgência para a Hérnia Inguinal, na Operadora Estudada, no Período de 2001 a 2010.

Tabela 21 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	1,49	1.172,78	431,88
2	1,93	1.129,62	434,16
3	2,33	2.180,66	590,96
4	-	-	-
TOTAL	1,62	1.164,87	433,34

Apesar de não apresentar variação tão elevada quanto a do tratamento da apendicite, quando se analisaram os paciente de ASA 2 para ASA 3, também no tratamento da hérnia inguinal houve aumento dos dias de internação e de custos

totais de internação quando se passou da classificação ASA 1 para ASA 2 e para ASA 3. Da mesma forma, houve pequena elevação na remuneração ao longo da classificação. Idêntico padrão foi encontrado quando se estudaram as mesmas variáveis em relação à classificação AHA, conforme mostrado na Tabela 22, abaixo.

Tabela 22 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores de honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento da hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	1,49	1.172,78	431,88
2	1,93	1.129,62	434,16
3	2,33	2.180,66	590,96
4	-	-	-
TOTAL	1,62	1.164,87	433,34

Tabela 23 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	25,73	1	25,73
2	57,74	2	57,74
3	69,67	3	69,67
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

ASA = 0,866 + 0,0124 IDADE
 R-Sq = 38,8% R-Sq(adj) = 38,7%
 Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	53,092	53,092	388,25	0,000
Residual Error	613	83,825	0,137		
Total	614	136,917			

Regression Analysis: AHA versus IDADE

AHA = 0,866 + 0,0124 IDADE
 R-Sq = 38,8% R-Sq(adj) = 38,7%
 Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	53,092	53,092	388,25	0,000
Residual Error	613	83,825	0,137		
Total	614	136,917			

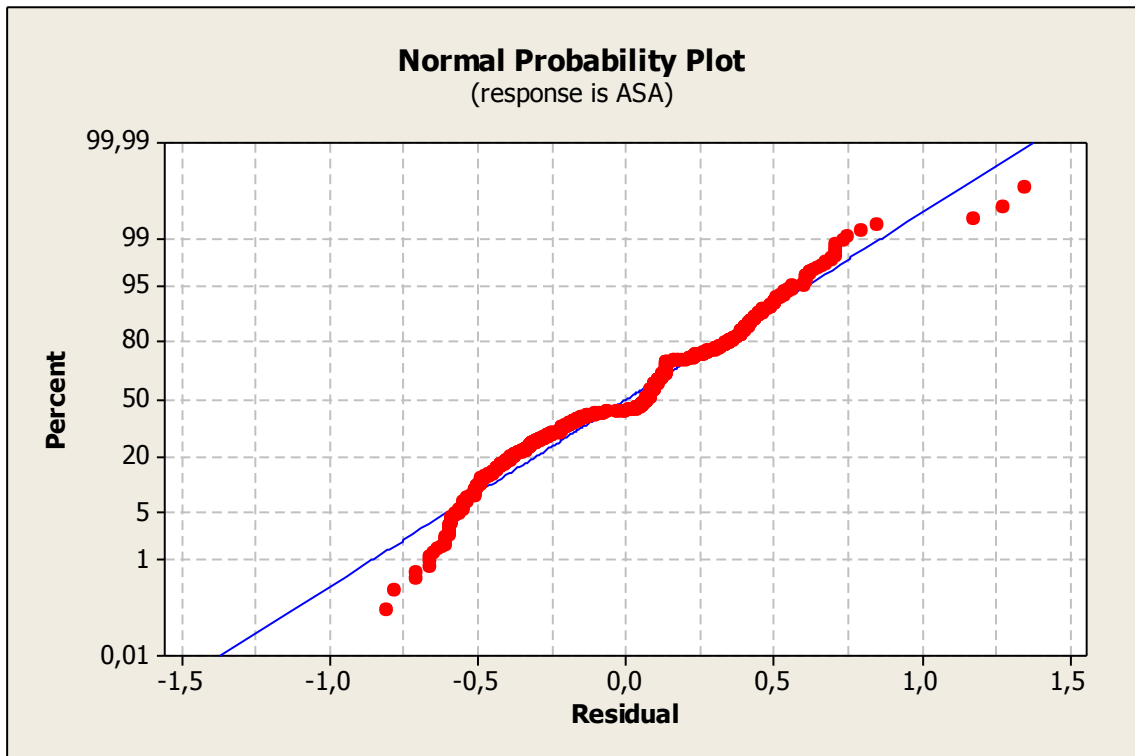


Figura 23 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

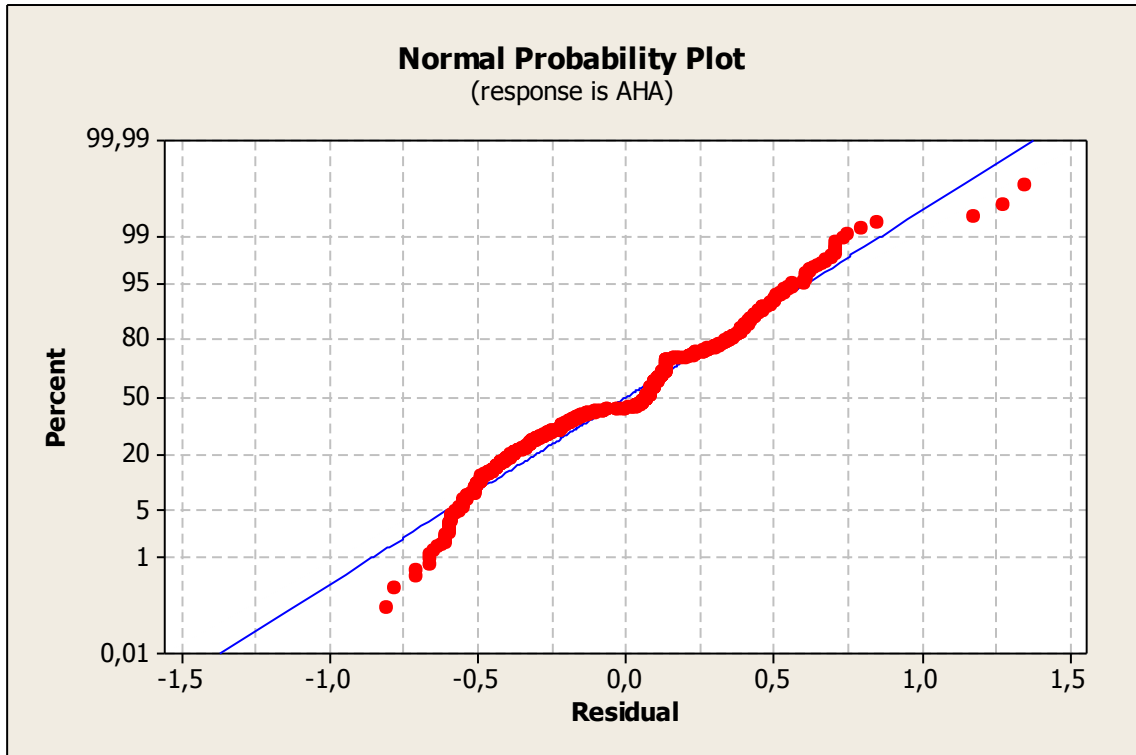


Figura 24 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia Inguinal (CID 10 – K 40) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

K42 – Hérnia Umbilical

A média etária dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi de 27,90 anos, com desvio padrão de 20,65 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 1,53 dia, com desvio padrão de 1,33 dia.

Tabela 24 – Médias de dias de Internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA.

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	1,40	1.035,44	355,71
2	1,99	1.333,97	340,50
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	1,62	1.164,87	433,34

Tabela 25 – Médias de dias de Internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos de pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA.

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	1,40	1.035,44	355,71
2	1,99	1.333,97	340,50
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	1,62	1.164,87	433,34

Os resultados obtidos na análise dos pacientes operados de hérnia inguinal foram semelhantes aos dos pacientes tratados de doença do refluxo gastroesofágico, com elevação da média de dias de internação e dos custos totais médios das internações, com manutenção dos valores, e até leve redução dos valores médios pagos aos médicos-cirurgiões, com aumento dos níveis de risco, tanto na classificação ASA quanto na classificação cardiológica.

Tabela 26 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA.

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	9,63	1	9,63
2	49,65	2	49,65
3	-	3	-
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

$$\text{ASA} = 0,907 + 0,0111 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 30,8\% \text{ R-Sq(adj)} = 30,6\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 18,815 18,815 159,30 0,000

Residual Error 358 42,285 0,118

Total 359 61,100

Regression Analysis: AHA versus IDADE

$$\text{AHA} = 0,907 + 0,0111 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 30,8\% \text{ R-Sq(adj)} = 30,6\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 18,815 18,815 159,30 0,000

Residual Error 358 42,285 0,118

Total 359 61,100

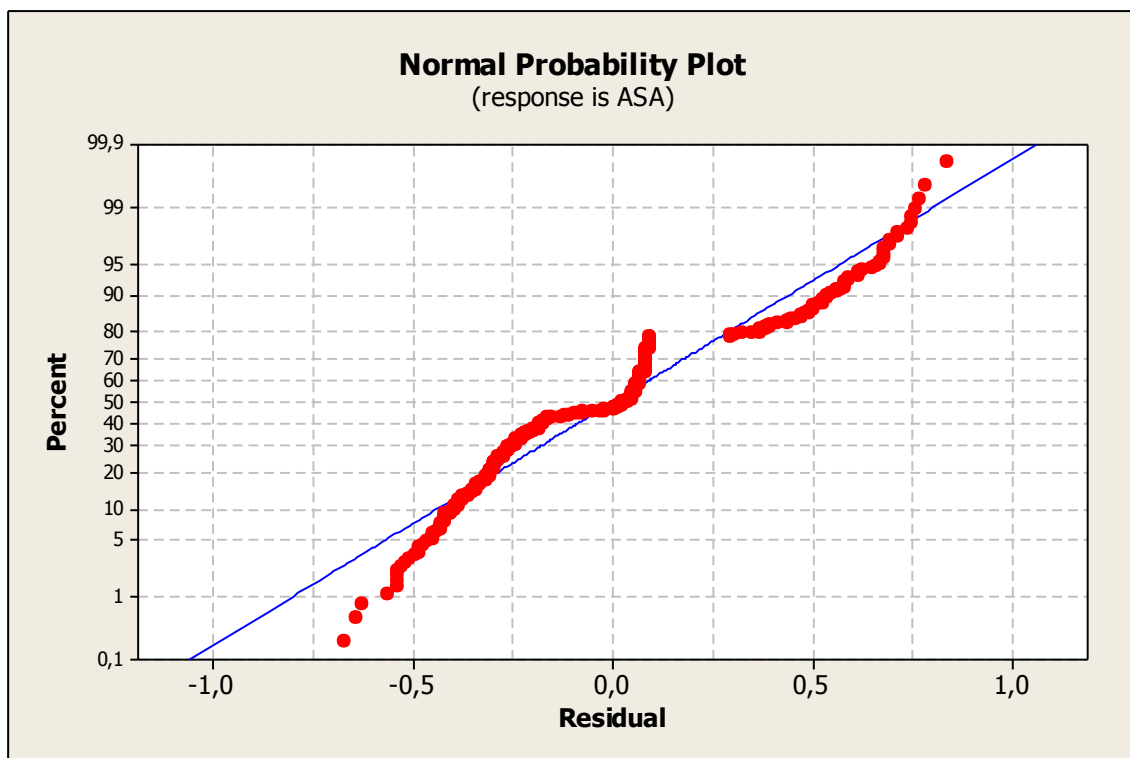


Figura 25 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K 42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

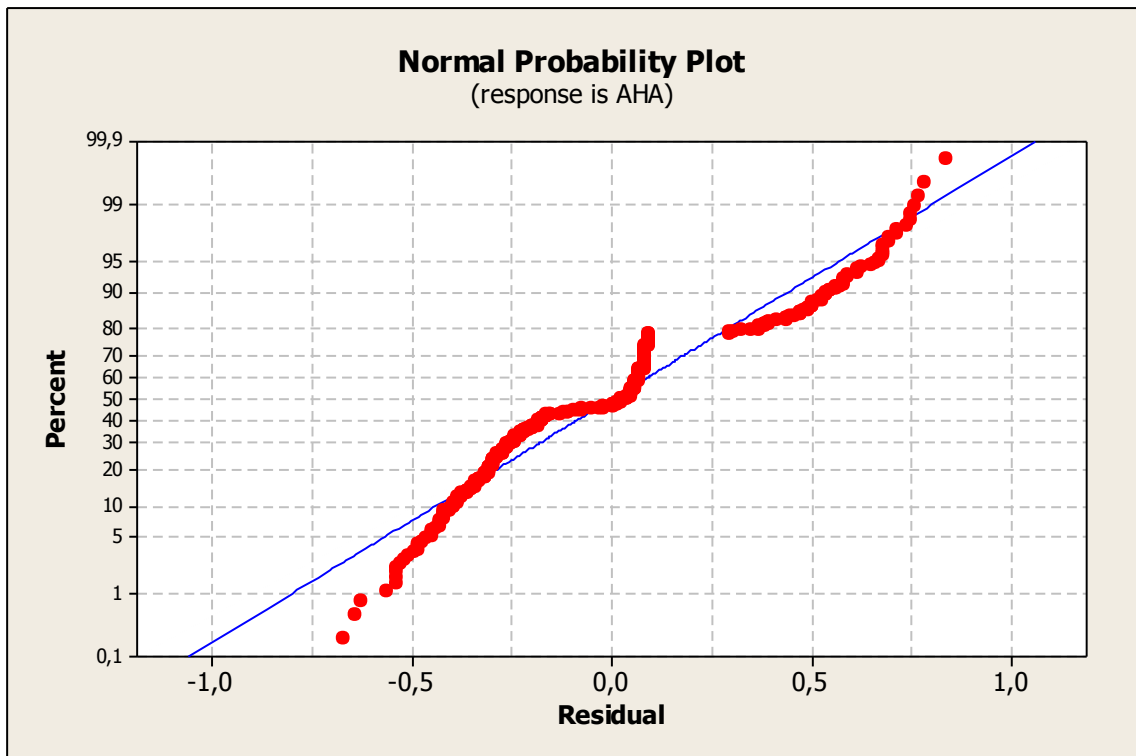


Figura 26 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de hérnia umbilical (CID 10 – K42) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

K80 – Colelitíase

A média etária dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi de 43,76 anos, com desvio padrão de 14,88 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 2,08 dias, com desvio padrão de 1,69 dia.

Tabela 27 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de coledolitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,00	2.505	482
2	2,21	2.754	427
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	2,08	2.599	461

Tabela 28 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de coledolitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,00	2.505	482
2	2,21	2.754	427
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	2,08	2.599	461

Também na análise dos pacientes operados de cálculo na vesícula biliar, ou coledolitíase, houve aumento da média de dias de internação e do custo médio total de internação quando se passou da classificação ASA 1 para classificação ASA 2, havendo, no entanto, até diminuição dos valores médios dos honorários médicos pagos aos profissionais que realizaram os procedimentos cirúrgicos. Da mesma forma, os mesmos resultados foram obtidos no estudo dos pacientes segundo a classificação AHA.

Tabela 29 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	36,70	1	36,70
2	55,45	2	55,45
3	-	3	-
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

$$\text{ASA} = 0,506 + 0,0199 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 37,3\% \text{ R-Sq(adj)} = 37,2\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 71,662 71,662 485,81 0,000

Residual Error 816 120,367 0,148

Total 817 192,029

Regression Analysis: AHA versus IDADE

$$\text{AHA} = 0,506 + 0,0199 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 37,3\% \text{ R-Sq(adj)} = 37,2\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 71,662 71,662 485,81 0,000

Residual Error 816 120,367 0,148

Total 817 192,029

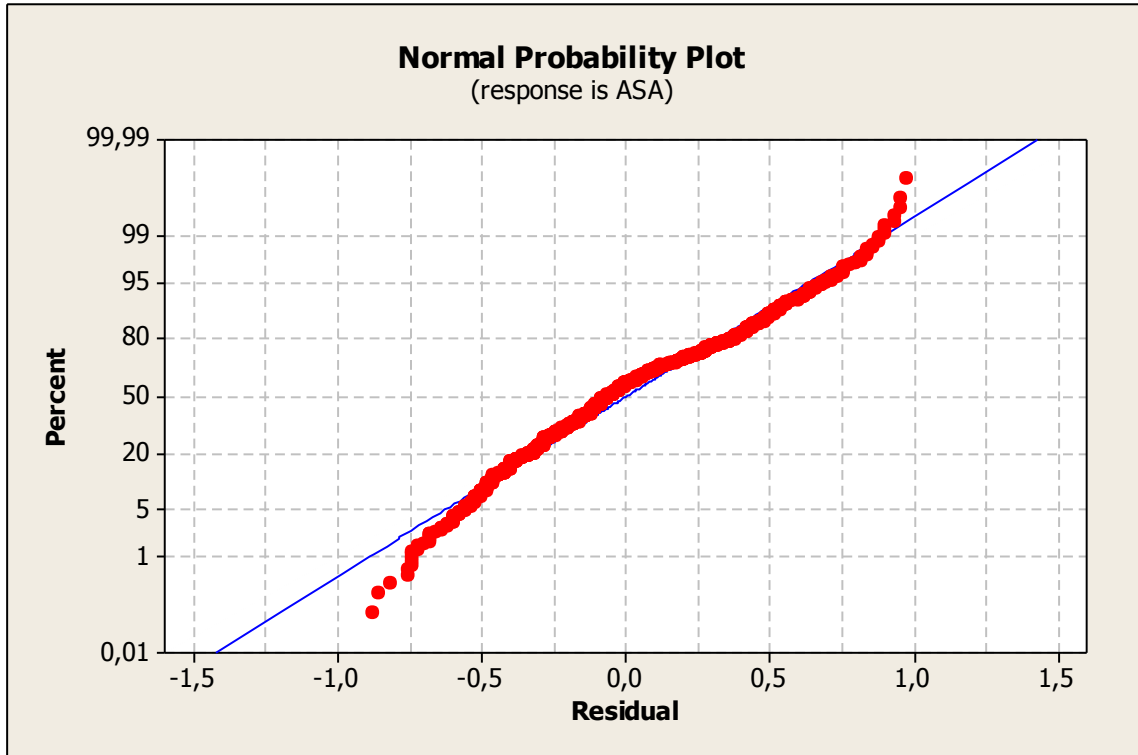


Figura 27 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da coelítíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

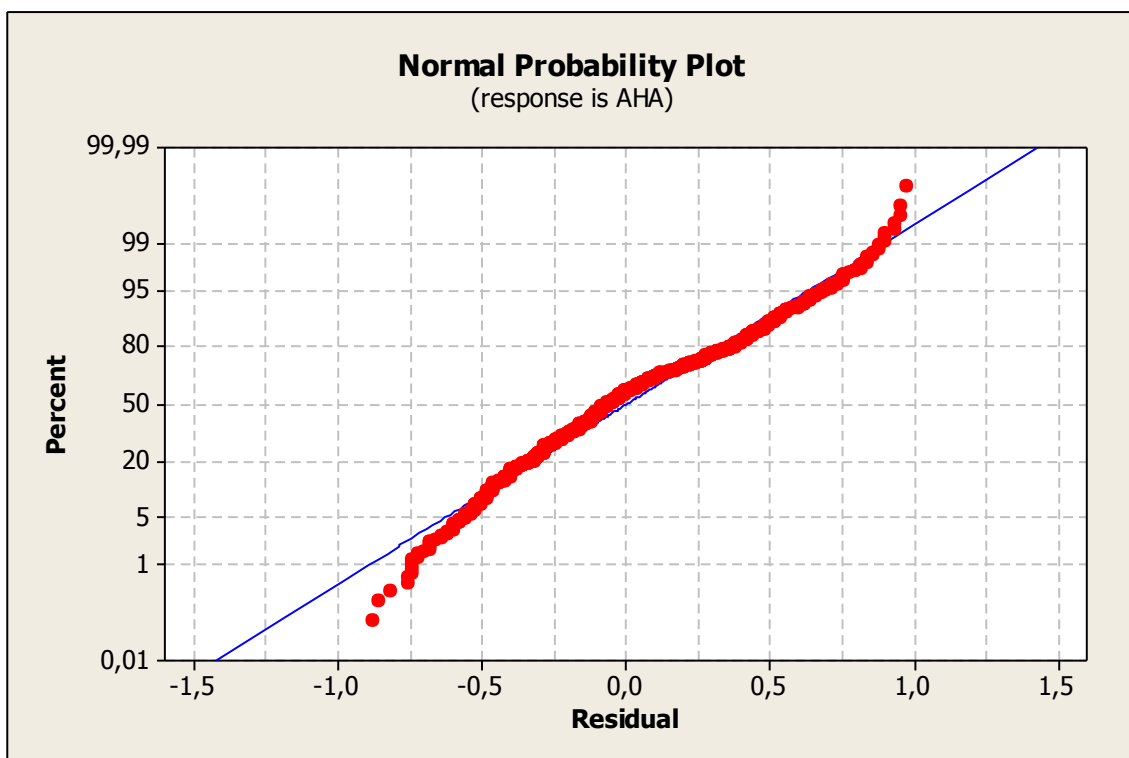


Figura 28 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento da colelitíase (CID 10 – K 80) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA

K81 – Colecistite

A média etária dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico foi de 40,34 anos, com desvio padrão de 14,66 anos. Com relação aos dias de internação, a média foi de 2,53 dias, com desvio padrão de 1,89 dia.

Tabela 30 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

ASA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,62	2.556	550
2	2,73	2.445	436
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	2,66	2.518	512

Tabela 31 – Média de dias de internação, de custo de internação e dos valores dos honorários médicos dos pacientes submetidos ao tratamento da colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação AHA.

AHA	Médias de Dias de Internação	Média do Custo de Internação (R\$)	Média dos Valores dos Honorários Médicos (R\$)
1	2,62	2.556	550
2	2,73	2.445	436
3	-	-	-
4	-	-	-
TOTAL	2,66	2.518	512

Da mesma forma que a colelitíase, que corresponde à simples presença de cálculo dentro da via biliar sem processo inflamatório nenhum, a colecistite, que já produz efeitos inflamatórios diversos na vesícula que possua cálculo, teve elevação na média de dias de internação quando se passou de ASA 1 para ASA 2, porém, neste caso, com diminuição dos custos médios totais de internação, bem como dos valores pagos em média aos médicos como honorários. Esse padrão também foi encontrado em semelhança quando se analisou a classificação AHA.

Tabela 32 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA.

ASA	Idade Média	AHA	Idade Média
1	34,38	1	34,38
2	51,82	2	51,82
3	-	3	-
4	-	4	-

Regression Analysis: ASA versus IDADE

$$\text{ASA} = 0,601 + 0,0184 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 32,0\% \text{ R-Sq(adj)} = 31,6\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 11,804 11,804 76,26 0,000

Residual Error 162 25,074 0,155

Total 163 36,878

Regression Analysis: AHA versus IDADE

$$\text{AHA} = 0,601 + 0,0184 \text{ IDADE}$$

$$\text{R-Sq} = 32,0\% \text{ R-Sq(adj)} = 31,6\%$$

Analysis of Variance

Source DF SS MS F P

Regression 1 11,804 11,804 76,26 0,000

Residual Error 162 25,074 0,155

Total 163 36,878

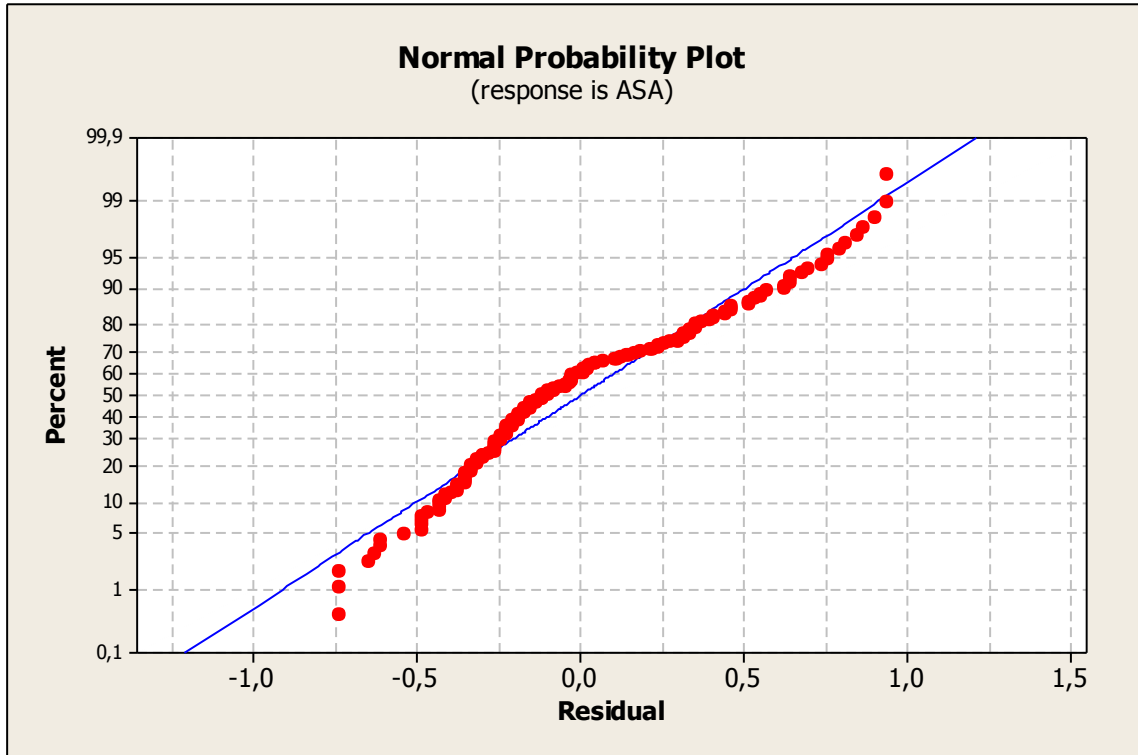


Figura 29 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA

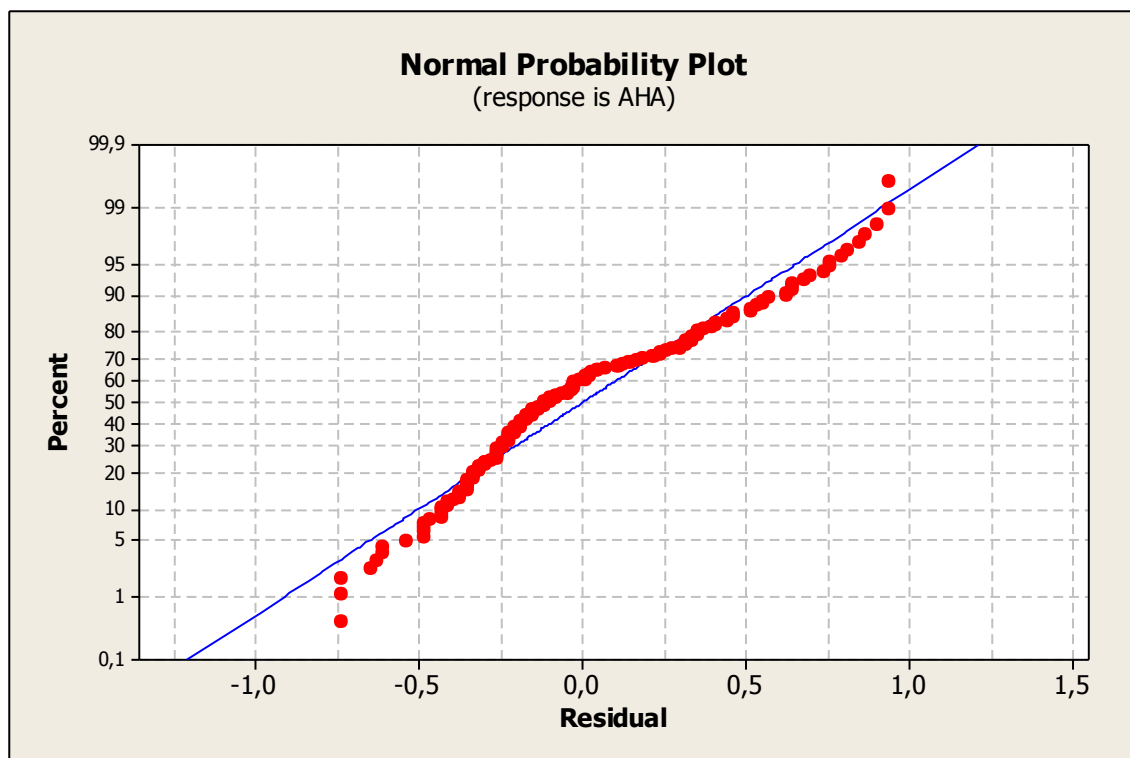


Figura 30 – Idade média dos pacientes submetidos ao tratamento de colecistite (CID 10 – K 81) na operadora estudada no período de 2001 a 2010 segundo a classificação ASA e AHA

FÓRMULA SUGERIDA PARA A NOVA REMUNERAÇÃO

Em todos os casos e combinações analisados, a média de dias de internação aumenta proporcionalmente com a gravidade da classificação ASA, bem como com a gravidade da classificação AHA, e, com esse aumento, a conta hospitalar vai ficando cada vez mais onerosa, revelando que mais recursos são empregados no tratamento.

Porém, observa-se que há manutenção, ou até mesmo diminuição, dos valores pagos a título de remuneração da equipe médica, fazendo com que não haja correlação entre os dias de internação e o trabalho do médico para cuidar desses pacientes durante todo o período internado, bem como os maiores recursos hospitalares empregados no tratamento dos pacientes com maiores riscos, e a remuneração do profissional em si.

A comparação entre o risco anestésico e a idade do paciente e a comparação entre o risco cirúrgico cardíaco e a idade do paciente mostram correlação forte, com valores de $p < 0,001\%$, o que demonstra haver forte correlação entre os respectivos riscos e a idade dos pacientes. Como o risco anestésico, e o risco cirúrgico de Goldman, apesar de ambos terem correlação forte entre si, medem processos diferentes, sendo o risco anestésico somente relacionado à complicação de morbidade e mortalidade relativas ao ato anestésico, isto é, no intraoperatório, e o risco cirúrgico referente a complicações também de mortalidade e de morbidade, porém referentes ao período pós-operatório imediato e mediato, optou-se, por separar os pesos de contribuições dos dois riscos, na remuneração dos profissionais.

Então, dessa forma, a fórmula de cálculo da nova remuneração devido aos riscos inerentes aos pacientes incluiriam somente as probabilidades de morbidade e de mortalidade cardíaca perioperatória dos riscos cardíacos e anestésicos de forma percentual acumulada.

Nova Remuneração = Valor Padrão * Risco do Paciente * Risco da Idade

Risco do Paciente – é o risco acumulado de morbidade e mortalidade segundo o risco anestésico (ASA), e a mortalidade geral e cardíaca perioperatória do risco cirúrgico de Goldman, logo:

Risco do Paciente

= risco de morbidade ASA * risco de mortalidade ASA

*** risco de mortalidade geral AHA**

*** risco de mortalidade cardíaca AHA**

Risco da Idade – é o logaritmo na base 10 da idade do paciente.

$$\text{Risco da Idade} = \log_{10}(\text{idade})$$

Logo, a fórmula final é definida como:

$$\text{Nova Remuneração} = X * (1 + A\%) * (1 + B\%) * (1 + C\%) * (1 + D\%) * \log_{10}(E)$$

Onde:

X – Valor padrão de remuneração;

A – É a diferença da probabilidade de morbidade segundo a Classificação ASA, e a probabilidade de morbidade da Classe ASA I;

B – É a diferença da probabilidade de mortalidade segundo a Classificação ASA, e a probabilidade de morbidade da Classe ASA I;

C – É a diferença da probabilidade de mortalidade geral segundo a Classificação AHA, e a probabilidade de mortalidade geral da Classe Goldman I;

D – É a diferença da probabilidade de mortalidade cardíaca segundo a Classificação AHA, e a probabilidade de mortalidade cardíaca da Classe Goldman I;

E – idade do paciente

COMPARAÇÃO ENTRE A REMUNERAÇÃO ATUAL E A REMUNERAÇÃO SUGERIDA COM A NOVA FÓRMULA DE REMUNERAÇÃO

Para que se tenha melhor noção em termos monetários, os valores de CH foram transformados em reais, levando-se em consideração o valor atual de um CH, na operadora estudada, que é de R\$ 42,00.

Tabela 33 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (K-21)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	1800	1800	756,00	756,00
1	2	1800	2081	756,00	874,02
2	1	1800	1845	756,00	774,90
2	2	1800	2130	756,00	894,60
3	2	1800	2299	756,00	965,58
3	3	1800	2701	756,00	1.134,42
3	4	1800	5274	756,00	2.215,08
4	4	1800	6540	756,00	2.746,80
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

Tabela 34 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de apendicite aguda (K-35)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	1040	1040	437	437
1	2	1040	1207	437	507
2	1	1040	1067	437	448
2	2	1040	1236	437	519
3	2	1040	1337	437	562
3	3	1040	1575	437	662
3	4	1040	3103	437	1303
4	4	1040	3855	437	1619
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

Tabela 35 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de hérnia inguinal (K-40)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	1300	1300	546	546
1	2	1300	1534	546	644
2	1	1300	1337	546	562
2	2	1300	1576	546	662
3	2	1300	1717	546	721
3	3	1300	2053	546	862
3	4	1300	4200	546	1.764
4	4	1300	5257	546	2.208
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

Tabela 36 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de hérnia umbilical (K-42)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	845	845	355	355
1	2	845	985	355	414
2	1	845	867	355	364
2	2	845	1010	355	424
3	2	845	1094	355	459
3	3	845	1294	355	543
3	4	845	2576	355	1.082
4	4	845	3207	355	1.347
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

Tabela 37 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de colelitíase (K-80)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	1700	1700	1700	714
1	2	1700	1700	1989	414
2	1	1700	1700	1746	364
2	2	1700	1700	2041	424
3	2	1700	1700	2215	459
3	3	1700	1700	2630	543
3	4	1700	1700	5282	1.082
4	4	1700	1700	658	1.347
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

Tabela 38 – Comparativo dos valores atuais e dos valores com a nova fórmula de cálculo para a remuneração do tratamento de colecistite (K-81)

ASA	AHA	Unidade de Trabalho	Novo Método	Valor em Reais	Novo Valor
1	1	1700	1700	1700	714
1	2	1700	1700	1989	414
2	1	1700	1700	1746	364
2	2	1700	1700	2041	424
3	2	1700	1700	2215	459
3	3	1700	1700	2630	543
3	4	1700	1700	5282	1.082
4	4	1700	1700	658	1.347
Valor da UT na Operadora – R\$ 0,42					

CONCLUSÕES

1. Os pressupostos básicos para qualquer remuneração médica devem:

a) fomentar a eficiência do tratamento instituído e a equidade de pagamento do tratamento instituído.

A remuneração do médico deve promover o pagamento do melhor tratamento instituído para o atendimento do paciente, sempre agregando ganhos à cadeia de valor, cujo modelo de tratamento, ou forma de tratamento, deve seguir os preceitos consagrados pela literatura mundial, visando com isso a que o beneficiário obtenha os melhores resultados, independente da distribuição do risco financeiro ser entre o prestador de serviço ou o agente financiador do mesmo.

A equidade deve promover ou permitir o acesso irrestrito às necessidades de saúde dos beneficiários de qualquer sistema de saúde, de forma que haja melhor remuneração não somente aos médicos, mas a todos os profissionais envolvidos na entrega do serviço e na atenção e promoção da saúde, porém com menor custo tanto para a operadora como para os sistemas de saúde, mas também para a sociedade como um todo. O ganho do prestador do serviço deve ser mantido independente do tratamento estabelecido ou da conduta escolhida pelo profissional.

- b) Ser de fácil implantação e de fácil compreensão pelos “players” do setor, como médicos, clínicas e hospitais e operadoras de planos de saúde.**

A escolha de métodos de pagamento que sejam de fácil compreensão pelos “players”, além de facilitar o entendimento e o relacionamento entre os mesmos, leva à diminuição do custo administrativo para os procedimentos de cobrança, com diminuição dos níveis de glosas e contestações, o que reduz os custos dos sistemas de saúde.

- c) Manter a qualidade e a acessibilidade aos serviços, bem como incentivar os médicos a prover serviços aos beneficiários de modo eficiente.**

Os modelos de pagamentos devem prezar pela manutenção da qualidade do atendimento à saúde prestado pelo sistema de saúde como um todo, fazendo com que os beneficiários tenham acesso a serviços de forma eficaz e eficiente, mantendo a acessibilidade aos mesmos, e que os valores de remuneração dos profissionais envolvidos não se tornem incentivos ou desencorajamentos à procura e a oferta dos serviços de saúde.

Ao remunerar o médico baseado nos recursos tecnológicos empregados, com os riscos envolvidos inerentes ao tratamento de cada paciente por si só e pela doença que o acomete, há equilíbrio na opção dos profissionais de saúde em escolher doenças de menor gravidade e com menores recursos a ser empregados, em detrimento de pacientes com enfermidades mais graves, em que haverá dispêndio maior de tempo e dos próprios recursos empregados.

d) Apresentar neutralidade financeira.

Um método de pagamento deverá ter neutralidade financeira quando, ao se decidir entre as alternativas de tratamento, o retorno financeiro pessoal do médico, ou da equipe envolvida no tratamento, não seja afetado pela escolha feita; isso quer dizer que o prestador de serviço, ao optar por um tratamento de determinada doença de um beneficiário, não o faça em dependência dos valores de recebimento pelo tratamento, em detrimento dos resultados, eficiência e qualidade do tratamento instituído.

e) Deve ser atrelado a índices de desempenho.

Assim como nas demais profissões, o trabalho médico deve ser mensurado por índices de desempenho em todos os aspectos, seja por volume (número de beneficiários atendidos) ou por melhoria das condições de saúde e prevenção de doenças nos pacientes; e a remuneração dos profissionais médicos deve levar em consideração os resultados obtidos.

A busca por indicadores de desempenho que reflitam de forma mais imediata os resultados dos tratamentos cirúrgicos instituídos ainda precisa ser estudada, a fim de que possa ser agregada à fórmula sugerida neste estudo tal fator de eficiência.

f) Deve ser aderente ao risco inerente ao paciente a ser tratado, bem como à gravidade da doença.

A remuneração deve ser baseada na doença a ser tratada e não nos procedimentos a ser realizados.

A utilização de uma forma de pagamento que não se utilize somente de pagamento dos profissionais por procedimentos realizados, não se importando com a gravidade da doença, nem com as comorbidades dos pacientes, nem com os riscos inerentes ao paciente propriamente dito, nem aos riscos inerentes à própria doença, não é uma forma justa de pagamento nem traz a neutralidade financeira nem a equidade de tratamento desejada.

g) Quantidade de horas trabalhadas.

A principal unidade de medida de remuneração dos profissionais de todas as áreas deveria ser a hora trabalhada, porém, atrelar a remuneração médica única e exclusivamente ao tempo gasto para realizar tal tratamento, ou tal procedimento, levará a um conflito entre o principal e o agente, que neste caso é o médico, e provavelmente haverá gasto excessivo com a forma de controle se a hora trabalhada produziu o resultado esperado.

h) A remuneração deve ser diferente quanto o tratamento for de urgência.

O tratamento eletivo deve ter remuneração diferenciada do tratamento instituído em caráter de urgência e emergência, visto

que, este último promove maior risco à integridade do paciente e não permite que haja, por parte do médico assistente, programação da carga horária diária, fazendo com que muitas das vezes o médico, deixe de exercer as atividades diárias normais e preestabelecidas para atender a tal urgência e emergência. Porém, esta remuneração não deveria estar somente associada ao horário de realização do procedimento, mas sim ao caráter eletivo ou de urgência propriamente dito.

2. Com o novo modelo de remuneração, a valorização do trabalho médico cresce com o aumento do risco de tratar o paciente, quer seja pelo risco inerente à própria idade do paciente, quer seja pelo risco inerente ao procedimento anestésico, quer seja pelo risco cardíaco. Com isso há melhor proporcionalidade entre a remuneração hospitalar dos pacientes com mais gravidade, em que são utilizados, ou colocados à disposição, mais recursos, com a remuneração crescente, também neste caso, dos profissionais que estariam tratando tais pacientes.

Alguns estudos posteriores ainda precisam ser realizados para definir se o modelo proposto neste estudo é factível de aplicação em todas as especialidades cirúrgicas, bem como em outras operadoras e segmentos da saúde suplementar brasileira, visto que sempre se deve lembrar que nas especialidades médicas muito provavelmente não haverá um único método ou modelo de pagamento que promova a satisfação e a remuneração justa de todos os “*players*” da indústria, mas que muito provavelmente algumas mudanças necessárias devam ser implementadas no modelo a fim de que o mesmo possa ser adaptado a outras especialidades médicas, quer de tratamento cirúrgico, quer tratamento clínico.

REFERÊNCIAS

ADLER, P. S., KWON, S. W., HECKSCHER, C. Professional Work: the Emergence of Collaborative Community. *Organization*, v. 19, n. 2, p. 359-376, Mar-Apr 2008.

ADLER, P. S.; RILEY, P.; KNOW, S. W.; SINGER, J.; LEE, B.; STRASALA, R. Performance Improvement Capability: Keys to Accelerating Improvement in Hospitals. *California Management Review*, v. 45, n. 2, p. 12-33, 2003.

ANDERS, G. Who Pays the Cost of Cut-Rate Heart Care. *Wall Street Journal*, New York, 15 Oct. 1996, Caderno B, p. 1.

ANDREAZZI, M. F. S. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. Texto para discussão nº 1066, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasília, 2003. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em 03 de novembro de 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anuário ANS – Aspectos Econômicos Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. Ano Base 2008. Ano 4. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 618p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anuário ANS – Aspectos Econômicos Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. Ano Base 2009. Ano 5. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 622p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anuário ANS – Aspectos Econômicos Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. Ano Base 2010. Ano 6. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e Indicadores do Setor. 2011. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 10 de dezembro de 2011 [1\(b\)](#).

AUDET, A. M. J.; DOTY, M. M.; SHAMASDIN J.; SCHOENBAUM, S. C. Measure, learn and improve: physicians' involvement in quality improvement. *Health Affairs*, v. 24, n. 3, p. 843-853, 2005.

AVERIL, R. F. The Design and Development of the Diagnosis Related Groups, In: *Health Systems International. Diagnosis Related Groups: Second Revision Definition Manual*. New Haven, Conn. 1985.

BAKER, G. P., JENSEN, M. C., MURPHY, K. J. Compensation and Incentives. Practice vs Theory. *Journal of Finance*, Boston, v. 53, n. 3, p. 593-616, Jul. 1988.

BALZAN, M. V. O Perfil dos Recursos Humanos do Setor de Faturamento e seu Desempenho na Auditoria de Contas de Serviços Médicos Hospitalares. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

BARBOSA, L. Meritocracia à Brasileira: O Que é Desempenho no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 120, n. 3, p. 58-102, Set-Dez 1996.

BARKEMA, H. G., GOMEZ-MEJIA, L. R. Managerial Compensation and Firm Performance: a General Research Framework. *Academy of Management Journal*, v. 41, p. 135-145, 1998.

BENKO, L. Doing the Math. *Modern Healthcare*, Chicago, v. 31, n. 51, p. 32, Dec. 2001.

BENTLEY, T. G K; EFFROS, R. M; PALAR, K.; KEELER, E. B. Waste in the US Health Care System: A Conceptual Framework. *The Milk Quarterly*, v. 86, v. 4, p. 629-659, Dec. 2008.

BESSA, R. Análise dos Modelos de Remuneração Médica no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro. 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

BLAU, P. M. Exchange and Power in Social Life. New York: John Wiley and Sons, 1964.

BOHMER, R.; EDMONDSON, A. C.; FELDMAN, L. R. Intermountain Health Care. *Harvard Business School Case*, Boston, MA, p. 603-066, 2002.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. **Define a Política Nacional de Cooperativismo, Institui o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas, e dá Outras Providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 15 de abr. 2010.

BRASIL. Lei no 9.656, de 03 de junho de 1998. **Dispõe Sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 15 de abr. 2010.

BRASIL. Lei no 10.876, de 02 de junho de 2004. **Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, Dispõe Sobre a Remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e Dá Outras Providências.** Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br>>. Acesso em 28 Dez. 2009.

CAMPOS, C. **Um Estudo das Relações entre Operadoras de Plano de Assistência a Saúde e Prestadores de Serviço.** 2004. 187f. Trabalho de Conclusão (Mestrado Profissionalizante em Engenharia – Ênfase em Gerência de Serviços) – Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CHAIX-COUTURIER, C; DURAND-ZALESKI, I.; JOLLY, D.; DURIEUX, P. **Effects of Financial Incentives on Medical Practice: Results from a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues.** *International Journal for Quality in Health Care*, v. 12, n. 2, p. 133–142, 2000.

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

CHEREM, J. H.; MALAGÓN, J.; RODARTE, N. W.; HUMMEL, H. N.; PIÑA, J. T. **La Utilidade de la Escala de ASA y de la Radiografía de Tórax como Indicadores de Riesgo Cardiovascular Perioperatorio.** *Gac Méd Mex*, v. 134, n.1;p. 27-32, 2008.

CHIAVENATO, I. **Para um Panorama Introdutório das Diferentes Escolas de Administração.** Administração, Teoria, Processo e Prática. SP. Mc Graw Hill, 1985.

COMMONWEALTH FUND. **Why Not the Best? Results From the National Scorecard on U.S Health System Performance.** 2008. *Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System.* Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Why_not_the_best_national_scorecard_2008.pdf?section=4039>. Acesso em 11 de setembro de 2008.

CISS. The Diagnosis Related Groups (DRGs) to Adjust Payment Mechanisms for Health System Providers. Conferência Interamericana de Seguridade Social. p 1-27, Nov. 2005.

DAVIS, J. H., SCHOORMAN, F. D., DONALDSON, L. Toward a Stewardship Theory of Management. *Academy of Management Review*, v. 22, p. 20-47, 1997.

DATAFOLHA-DATACASA. Instituto de Pesquisa Datafolha. Preços e salários – Pesquisa Comparativa Datafolha-Datacasa. Disponível em: <<http://www.datafolha.folha.com.br>>. Acesso em: 03 Ago. 2010.

DECKOP, J. R.; MANGEL, R.; CIRKA, C. C. Getting More Than You Pay for: Organizational Citizenship Behavior and Pay-for-Performance Plans. *Academy of Management Journal*, New York, v. 42, n. 4, p. 420-428, 1999.

DEVLIN, R.; SARMA, S. Do Physician Remuneration Schemes Matter? The Case of Canadian Family Physicians. *Journal of Health Economics*, v. 27, n. 5, p. 1168-1181, 2008.

DOR, A; GROSSMAN, M; KOROUKIAN, S. M. Hospital Transaction Prices and Managed Care Discounting for Selected Medical Technologies. *The American Economic Review*, Pittsburgh, v. 94, n. 2, p. 352-356, May 2004.

EISENHARDT, K. M. Agency and Institutional Theory Explanations: The Case of Retail Sales Compensation. *Academy of Management Journal*, v. 31, p. 488-511, 1988.

EISENHARDT, K. M. Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review*, v. 14, p. 57-74, 1989.

ESCRIVÃO JR., A. Uso da Informação na Gestão de Hospitais Públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007.

FAMA, E. F. Agency Problems and Theory of the Firm. *Journal of Political Economy*, v. 88, p. 288-298, 1980.

FEEN, P.; GRAY, A. ; RICKMAN, N. Standard Fees for Legal Aid: An Empirical Analysis of Incentives and Contracts. *Oxford Economic Papers*, v.59, p. 662-681, 2007.

FERRAL, C.; GREGORY, A. W.; THOLL, W. G. Endogenous Work Hours and Practice Patterns of Canadian Physicians. *The Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'Economique*, v. 31, n. 1, p. 1-27, Feb. 1998.

FETTER, R. B.; FREEMAN, J. L.; AVERIL, R. F.; THOMPSON, J. D. Case-Mix Definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care*, v. 18, p. 1-53, Feb. 1980.

FETTER, R. B.; FREEMAN, J. L. Diagnosis Related Groups Product Line Management Within Hospitals. *Academy Management Review*, v. 11, p. 41-54, 1986.

FETTER, R. B.; FREEMAN, J. L.; MULLIN, R. L. DRGs: How They Involved and are Changing the Way Hospitals are Managed. *Pathologist*, v. 39, n. 6, 1985 [separata].

FRANKFORD, D. M.; PATTERSON, M. A.; KONRAD, R. T. Transforming Practice Organizations to Foster Lifelong Learning and Commitment to Medical Professionalism. *Academic Medicine*, v. 75, n.7, p. 708-717, 2000.

FREUDENHEIM, M. HMO Costs Spur Employers to Shift Players. *New York Times*, New York, 6 Sep. 2000. Caderno A, p. 1.

FREUND, D.A.; ALLEN, K.S. Factors Affecting Physicians' Choice to Practice in a Fee-For-Service Setting Versus an Individual Practice Association. *Medical Care*, v. 23, n. 6, p. 799-808, Jun. 1985.

GELBERMAN, R. H.; SAMSON, D.; MIRZA, S. K.; CALLAGHAN, J. J.; PELLEGRINI JR., V. D. Orthopaedic Surgeons and the Medical Device Industry. The Threat to Scientific Integrity and Public Trust. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, v. 92, n.3, p. 765-777, Mar. 2010

GEORGE, J. M.; JONES, G. R. Organizational Spontaneity in Context. *Human Performance*, v. 10, p. 153-170, 1997.

GAWANDE, A. A.. The Cost Conundrum por Blog New Yorker. Disponível em : http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande?currentPage=6 . Acesso em 20/11/2011.

GITTEL, J. H.; HAIRFIELD, K.; BIERBAUM, B; HEAD, W., JACKSON, R.; KELLY, M.; LASKIN, R.; LIPSON, S.; SILISKI, J.; THORNHILL, T.; ZUCKERMAN, J. Impacto f Relational Coordination on Quality of Care, Post-

Operative Pain and Functioning, and the Length of Stay. A Nine-Hospital Study of Surgical Patients. *Medical Care*, v. 38, n. 8, p. 807-819, 2000.

GLICKMAN, S.; PETERSON, E. Innovative Health Reform Models: Pays for Performance Initiatives. *American Journal of Manage Care*, v. 15, p. 300-305, 2009.

GODAGER, G., IVERSEN, T., ALBERT MA, C. Service Motives and Profit Incentives Among Physicians. *International Journal of Health Care Finance Economics*. v. 9, p.39-57, 2009.

GOLDMAN, L.; CALDERA, D. L.; NUSSBAUM, S. R; SOUTHWICK, F. S.; KROSTAD, D.; MURRAY, B.; BURKE, D.S.; O'MALLEY, T. A.; GOROLL, A. H.; CAPLAN, C. H.; NOLAN, J.; CARABELLO, B.; SLATER, E. E.. Multifactorial Index of Cardiac Risk in Noncardiac Surgical Procedures. *New England Journal of Medicine*, v. 297, p. 845- 850, Oct. 1977.

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

GOMEZ-MEJIA, L. R.; BALKIN, D. B. Determinants of Faculty Pay: an Agency Theory Perspective. *Academy of Management Journal*, v. 35, p. 921-955, 1992.

GONÇALVES, H. C. O plano de cargos, carreiras e salários da Prefeitura de São Paulo. *Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo*, São Paulo, abr. 2008, v. 247, p. 2.

GOODMAN, L. J.; SWARTWOUT, J. E. Comparative Aspects of Medical Practice: Organizational Setting and Financial Systems. *Medical Care*, v. 22, n. 3, p. 255-267, 1984.

GOSDEN, T.; FORLAND, F.; KRISTIANSEN, I. S; SUTTON, M.; LEESE, B.; GIUFFRIDA, A.; SERGISON, M.; PEDERSEN, L. Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: A Systematic Review. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 6, n. 1. p. 44–55, Jan. 2001

GOVINDARAJAN, V, FISHER, J. Strategy, Control Systems, and Resource Sharing: Effects on Business-Unit Performance. *Academy of Management Journal*, v. 33, p. 259-285, 1990.

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

HADLEY, J. How Should Medicare Pay Physicians? *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Washington, v. 62, n. 2 (Special Issue), p. 279-299, Spring. 1984.

HACKBARTH, G. M. Physicians-owned specialty hospitals. 2005 Disponível em <http://www.medpac.gov/publications/congressional_testimony/030805_TestimonyS pecHosp-Hou.pdf#search=%22physician%20owned%20hospitals%22>. Acesso em 10 de dezembro de 2011.

HAGEN, B. P.; EPSTEIN, A. L. Partening with your medical staff: Timing competitions into collaborators. *ACHE Congress on Health Care Management.*, Chicago, 2005.

HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA (HIAA). Source book of Health Insurance Data 1999-2000. Washington, D.C.: HIAA Press, 2000.

HIMMELSTEIN, D. U.; HELLANDER, L.; WOOLHANDLER, S. Bleeding the patient: the Consequences of Corporate Healthcare. Common Courage Press, Monroe, ME, 2001.

HILZENRATH, D. S. "HMOs Save Money by Shifting Costs". *Washington Post*, Washington, 6 Jun. 1994. Caderno A, p. 1.

HYMAN, D. A. Health care fraud and abuse: market change, social norms, and the trust "reposed in the workmen". *The Journal of Legal Studies*. Chicago, v. 30, n. 2, p 531-542, Jun. 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Washington, DC: The National Academy Press. 2007.

JEGERS, M. A Tipology for Provider Payment Systems in Health Care. *Health Policy*, v. 60, n. 3, p. 255-273, 2002.

JOHN HOPKINS UNIVERSITY. The John Hopkins ACG[®] Case-Mix System Version 7.0. April 2005. Baltimore, MD? John Hopkins University: 2005. Disponível em <<http://www.acg.jhph.edu>>. Acesso em 13/11/09.

JOHNSON, P, GILL, J. Management Control and Organizational Behaviour. London: Chapman, 1993.

JOST, T. S.; DAVIES, S. L. The Empire Strike Back: a Critique of the Backlash Against Fraud and Abuse Enforcement. *Alabama Law Review*, Alabama, v.51, n. 1, p. 239-250, Fall 1999.

KATZ, D. The Motivational Bases of Organizational Behavior. *Behavior Sciences*, v. 9, p. 131-146, 1964.

KING, M. P.; CHRISTIAN, S. M. Medical Survival Kit. Denver, CO: National Conference of state legislatures, p. 3, Nov. 1996.

KOYAMA. M. F. Auditoria e Qualidade dos Planos de Saúde: Percepções de Gestores de Operadoras da Cidade de São Paulo a Respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

LAFFONT, J. J.; TIROLE, J. A Theory of Incentives and Procurement in Regulation. *MIT Press*, Cambridge, MA, 1993.

LAZEAR, E. Performance pay and productivity. *Working Paper* 5672, NBER, Cambridge, MA 1996.

LEITE, F. Profissionais Querem Agenda Contra a Desigualdade. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 03 Ago. 2010. Caderno A. p.10.

LEVCOVITZ, E, PEREIRA, T. R. C. SIH/SUS (Sistema AIH): uma Análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil – 1983 – 1991. Série de Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

LIGNON, J. A. The Effect of Health Insurance Cost Sharing Within Episodes of Medical Care. *The Journal of Risk and Insurance*, v. 60, n. 1, p.105-118, Mar. 1993.

LUFT, H. S. Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance. New York: John Wiley and Sons, 1981.

MACKEE, J.; JAMES, P. Using Routine Data to Evaluate Quality of Care in British Hospitals. *Medical Care*, v.35, n. 10 (Suppl.), p. 102-111, 1997.

MCMAHON, L. The Development of Diagnosis Related Groups. In: BARDSLEY, M.; COLES, J., JENKINS, L. **DRGs and Health Care: The Management of Case Mix.** London: King Edward's Hospital Fund, 1987, p. 29-41.

MANNING, W. G.; LEIBOWITZ, A.; GOLDBERG, A.; ROGERS, W. H.; NEWHOUSE, J. P. A Controlled Trial of the Effect of a Pre-Paid Group Practice on Use of Services. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 310, n. 23, p. 1505-1510, Jun. 1984.

MANNING, W. G.; WELLS, K. B. Preliminary Results of a Controlled Trial of the Effect of a Pre Paid Group Practice on the Outpatients Use of Mental Health Services. *The Journal of Human Resources*, v. 21, n. 3, p. 293-320, Summer 1986.

MILKOVICH, G. M., GERHART, B., HANNON, J. The Effects of Research and Development Intensity on Managerial Compensation in Large Organizations. *Journal of High Technology Management Research*, v. 2, p. 133-150, 1991.

MOISE, P. "Using Hospital Administrative Databases for a Disease-Based Approach to Studying Health Care System". Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Ago 2001.

MORRISON, E. W. Organizational Citizenship Behavior as a Critical Link Between HRM Practices and Services Quality. *Human Research Management*, v. 35, p. 493-512, 1996.

MULLEN, K. J.; FRANK, R. G.; ROSENTHAL, M. B. Can You Get What you Pay For? *RAND Journal of Economics*, v. 41, n. 1. P. 64-91, 2008.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Lei nº 14.591, de 13 de novembro de 2007. **Institui o novo plano de carreiras dos servidores integrantes do quadro de pessoal de nível superior da Prefeitura do Município de São Paulo; Dispõe sobre os servidores admitidos nos termos da lei nº 9.160, de 3 de dezembro de 1980, em funções de referências DAI e DAS; e revaloriza a escala de vencimentos do quadro de atividades artísticas.** Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em 28 Dez. 2009.

NORONHA, M. M.; VERAS, C. T.; LEITE, I. C.; MARTINS, M. S.; BRAGA NETO, F.; SILVER, L. O Desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups" – DRGs. Metodologia de Classificação de Pacientes Hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 198-208, 1991.

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

OLIVER, R. L., ANDERSON, E. Behavior and Out-Come Based Sales Control Systems. Evidences and Consequences of Pure-Form and Hybrid Governance. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, v. 4, p. 1-15, Fall 1995.

ORCHARD, C. Comparing healthcare outcomes. *British Journal of Medicine*, v. 308, p. 1493-1496, 1994.

ORGAN, D. W. Organizational Citizenship Behavior: the Good Soldier Syndrome. Lexington, MA: Lexington Books, 1998.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT OECD. Survey on Health System Characteristics 2008-2009. 2009. Disponível em: <<http://www.oecdlibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmfxfq9qbnr.pdf?expires=1281353748&id=0000&accname=guest&checksum=55C21C47CB4BFC6706CB48E0B46750A2>>. Acesso em 15 de junho de 2010.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). OECD health data 2008. June 2008. Disponível em http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html. Acesso em 11 de setembro de 2010.

OUCHI, W. G. Markets, Bureaucracies and Clans. *Administrative Science Quarterly*, v. 25, p. 129-141, 1980.

PAARSCH, H; SHEARER, B. Fixed Wages, Pieces Rates and Incentive Effects, mimeo. University of Laval, Montreal, 1996.

POBLACIÓN, D. A.; NORONHA, D. P. Produção das Literaturas branca e cinzenta pelos docentes/doutores dos cursos de Pós-Graduação em Ciência da Informação. *Ciência da Informação*, v. 31, n. 2, p. 99-106, maio/ago. 2002.

PODSAKOFF, P. M.; MACKENZIE, S. B. Impact of Organizational Citizenship Behavior on Organizational Performance: A Review and Suggestions for Future Research. *Human Performance*, v. 10, p. 133-152, 1997.

PRENDERGAST, C. The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature*, Pittsburgh, v. 37, n.1, p.7-63, 1999.

RAI, A. K. Health Care Fraud and Abuse: a Tale of Behavior Induced by Payment Structure. *The Journal of Legal Studies*, Chicago, v. 30, n. S2, p. 579-587, Jun. 2001.

RESCHOVSKY, J. D.; HADLEY, J; LANDON, B. E. Effects of Compensation Methods and Physician Group Structure on Physician's Perceived Incentives to Alter Services to Patients. *Health Services Research*, v. 41, n. 4, p. 1200-1220, Aug. 2006.

REED, M. I. Expert Power and Control in Latter Modernity: An Empirical Review and Theoretical Synthesis. *Organizational Studies*, v. 17, n. 4, p. 573-597, 1996.

RICE, T. The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physicians-Induced Demand. *Medical Care*, v. 21, p. 803-815, 1983.

ROBINSON, J.C. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly*, v. 79, n. 2, p. 149-177, 2001.

ROBINSON, J. C.; SHORTELL, S. M.; LI, R.; CASALINO, L. P. The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physicians Organizations. *Health Services Research*, v. 39, n. 5, p. 1589-1606, 2004.

RODRIGUES FILHO, J. Método de Pagamento Hospitalar no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 4, p. 78-86, Ago-Out 1990.

ROSENTHAL, M. B; LANDON, B. E.; NORMAND, S. L.; FRANCK, R. G. Pay for performance in Commercial HMOs. *New England Journal of Medicine*, v. 355, p. 1895-1902, Nov 2006.

SANDERSON, H.; MOUNTNEY, L. The Development of Patient Grouping for More Effective Management of Health Care. *European Journal of Public Health*, v. 7, p. 210-214, 1997.

SAPPINGTON, D. E. M. Incentives in Principal-Agent Relationships. *Journal of Economic Perspectives*, Pittsburgh, v. 5, n. 1, p. 45-66, 1991.

SILVER, L. D.; TRAVASSOS, V. C.; NORONHA, M. F.; MARTINS, M. S.; LEITE, I. C. Estudo da Validade dos Diagnosis Related Group (DRG) para

Internações Hospitalares no Brasil. [Relatório Final de Pesquisa do Projeto: “Avaliação de Métodos Alternativos para a Racionalização e Análise de Qualidade nos Serviços de Saúde”. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz]. Rio de Janeiro, 1992.

SIMONET, D. Patient Satisfaction Under Managed Care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 18, n. 6/7, p. 424-441, 2005.

SINCRAS-MAINAR, A.; PANE-MENA, O.; MARTINEZ-RUIZ, T.; FERNANDEZ-ROURE, J. L.; PRATS-SÁNCHEZ, J.; SANTAFÉ, L.; NAVARRO-ARTIEDA, R.; PRADO-TORRES, A.; ESTELRICH-BENNASAR, J. E. Utilización de Los Grupos Clínicos Ajustados en un Centro de Atención Primaria Español: Estudio Retrospectivo de Base Populacional. *Revista. Panamericana de Salud Publica*, v. 27, n. 1, p. 1-30, Jan. 2010.

SMITH, C. A., ORGAN, D. W., NEAR, J. P. Organizational Citizenship Behavior: its Nature and Antecedents: *Journal of Applied Psychology*, v. 68, p. 653-663, 1983.

SORENSEN, R. J.; GRYTEN, J. Competition and Supplier-Induced Demand in Health Care in the United States? *The Milbank Quarterly*, v. 76, n. 4, p. 517-563, 2003.

STROH, L. K., BRET, J. M., BAUMANN, J. P., REILLY, A. H. Agency Theory and Variable Pay Compensation Strategies. *Academy of Management Journal*, v. 39, p. 751-767, 1996.

THOMPSON, F. J., BURKE, C; COURTNEY, L. Federalism by Waiver: MEDICAID and the Transformation of Long-Term Care. *The Journal of Federalism*, v. 39, n. 1, p.22-46, Oct 2008.

TOBAR, F.; ROSENFELD, N.; REALE, A. Modelos de Pago em Serviços de Salud. *Cuaderno Medicos Sociales*, v. 74, p. 39-53, 2007.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade Hospitalar como Indicador de Qualidade: Uma Revisão. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 367-381, 1999.

UNIMED DO BRASIL. Cadastro Geral das Cooperativas. Ano 2009. São Paulo: Documento Interno, 2010.

UNIMED DO BRASIL. Cadastro Geral das Cooperativas. Ano 2010. São Paulo: Documento Interno, 2011.

URQUIZA, R. Mecanismos de Pago para los Médicos de Atención Primaria – Opciones y Possibilidades. *MPA e-Journal de Medicina Familiar & Atención Primaria Internacional*, v. 4, n. 1, p. 3-6, 2010.

USAID Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint. 2008. Disponível em <<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>>. Acesso em 20 de outubro de 2011.

U.S. CONGRESS. Diagnosis Related Groups (DRG) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology – a Technical Memorandum. Washington, D.C.: U.S. Congress, Office and Technology Assessment, OTA-TM-H-17, Jul. 1983.

US CONGRESS. Office of Technology Assessment Medicare's Prospective Payment System: Strategies for Evaluating Cost, Quality, and Medical Technology. Washington, D.C. US Government Printing Office, (OTA-H-262), 1985.

VAN DYME, L.; GRAHAM, J; DIENESCH, R. M. Organizacional Citizenship Behavior: Construct Redefinition, Operationalization and Validation. *Academy of Management Journal*, v. 37, p. 765-802, 1994.

VAN HERCK, P; DE SMEDT, D; ANNEMANS, L.; REMMEN, R.; ROSENTHAL, M. B.; SERMEUS, W. Systematic Review: Effects, Design Choices, and Context of Pay-for-Performance in Health Care. *BMC Health services Research*, v. 10, p. 247, Aug. 2010.

WESTIN, R. Em 10 anos, plano de saúde antigo sobe o dobro da inflação. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 03 ago. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 03 ago. 2010.

WILLIANSO, O. E. The Economics of Organization: the Transaction Cost Approach. *American Journal of Sociology*, v. 87, p. 548-577, 1981.

WRANIK, D. W; CURIER-COPP, M. Physician Remuneration Methods for Family Physicians in Canada: Expected Outcomes and Lessons Learned. *Health Care Anal*, v. 18, p. 35-59, Jan 2009.

WRIGHT, P. M., GEORGE, J. M., FARNSWORTH, S. R., MCMAHAN, G. C. Productivity and Extra Role Behavior: the Effects of Goals

and Incentives on Spontaneous Helping. *Journal of Applied Psychology*, v. 78, p. 374-381, 1993.

ZANETTA, S. F. R. Uso de DRGs – Diagnosis Related Groups para Qualificação das AIHs – Autorizações de Internação Hospitalar como Instrumentos de Gestão de Serviços e Sistema de Saúde. Disponível em: <<http://www.sistema3.usp.br>>. Acesso em 28 Dez 2009.