

Por André Medici

Introdução

No dia 12 de Setembro de 2014 participei de um seminário em Belo Horizonte, organizado pela Federação Nacional das Cooperativas Médicas ([FENCOM](#)) (1), sobre Modelos Assistenciais e Formas de Remuneração Médica no Brasil e no mundo. O Seminário foi uma iniciativa do Dr. Eudes Magalhães, Diretor-Presidente da FENCOM, e contou, além de minha participação, com Enrique Leonardo Guerra, professor da Faculdade de Medicina da PUC de Belo Horizonte, Leonardo Martins Vieira, médico de família atuando na Região de Tampa (Flórida) e Patrícia Arruda Alves, assistente médica pela Bunker Hill Community College, em Boston (MA) (2).

A discussão buscou debater duas questões: Quais os problemas e as soluções para o modelo assistencial de saúde no Brasil e no mundo? Quais critérios definem a remuneração médica? O debate foi tão interessante que me estimulou a postar este texto sobre o tema de pagamento por performance.

Conceitos Básicos

O pagamento por performance em saúde é parte de uma cadeia de desempenho que tem por objetivo melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde. Este conceito pode ser usado tanto de forma restrita, associada a remunerar os trabalhadores segundo os resultados alcançados, como também para orientar todos os tipos de contratos entre entidades do setor público, entre entes públicos e privados, ou mesmo entre entidades do setor privado entre si, para o pagamento por performance. O Governo teria maior envolvimento na supervisão dos dois primeiros tipos de contratos (entre entidades do setor público e entre entidades dos setores públicos e privados).

Tomemos, por exemplo, uma Secretaria Municipal de Saúde que contrata um hospital (público ou privado), definindo que irá remunerá-lo por resultado ou performance, estabelecendo os indicadores de resultado, as metas a serem alcançadas e a forma de mensuração das mesmas no contrato.

Se poderia definir que uma parte dos recursos vinculados ao contrato seriam repassados “ex-ante” pela Secretaria Municipal ao Hospital – por exemplo, no momento da assinatura do contrato - para remunerar custos fixos associados às atividades contratadas e a outra seria feita de forma “ex-post”, após a avaliação dos resultados, de acordo com o alcance das metas pactuadas e expressas no contrato. Dado que a responsabilidade pela avaliação dos resultados associados ao contrato seria da Secretaria de Saúde, esta deveria coordenar todos os passos para que tal avaliação fosse realizada.

O primeiro passo seria a definição dos indicadores e das metas. Indicadores de resultado em saúde podem estar associados à mortalidade e à morbidade (por idade, causas, gênero, etc.), à produção de serviços (consultas, internações, exames, etc.), à satisfação dos usuários e a outros temas. Além dos indicadores de resultado, se poderia formular indicadores de processo, tais como tempo de espera, custos envolvidos, insumos utilizados, recursos humanos qualificados, etc. Uma vez definidos os indicadores, seriam atribuídos pesos para quantificar quanto cada um destes indicadores representaria no total do pagamento associado à performance, medida pelo alcance das metas.

O segundo passo seria a elaboração do contrato entre a Secretaria de Saúde e o Hospital, de forma a incluir como cláusula contratual o pagamento da parte fixa e da parte variável, esta última medida pelo grau de alcance das metas associadas aos indicadores de resultado e de processo.

Constituiria também cláusula contratual, a fórmula de remuneração definida pela composição dos pesos dos indicadores e das metas a serem alcançadas no cálculo da remuneração variável a ser recebida por performance.

O terceiro passo seria a definição dos contratos de trabalho entre a unidade de saúde (centro de saúde ou hospital público) e seus trabalhadores, de modo que uma parte dos salários seja definida de forma fixa e outra parte corresponda ao bônus, associado ao desempenho ou performance, representando parte da remuneração potencial a ser recebida por cada trabalhador.

Como a Saúde do Brasileiro pode ser Beneficiada com Contratos que Envolvam Pagamento por Resultados, Desempenho ou Performance?

O Brasil poderia melhorar os resultados assistenciais e aumentar a eficiência do gasto em saúde com o uso de modelos de contratualização por resultados e de pagamento por desempenho. Para funcionários públicos, por exemplo, já existem algumas experiências nesse sentido, como a que foi realizada no Estado de Minas Gerais durante as administrações de Aécio Neves e Antonio Anastasia, entre o Governo e funcionários de alta administração, com resultados muito positivos na avaliação feita pela população.

No que diz respeito aos mecanismos de financiamento do SUS (repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde), os processos de Programação e Pactuação Integrados (PPIs) tem sido baseados na pactuação de metas de saúde, a partir da definição de áreas estratégicas a ser priorizadas. As PPIs são instrumentos de coordenação entre o planejamento dos gestores estaduais e municipais para a integração de ações básicas, de média e de alta complexidade, através de parâmetros que se adequem à realidade de cada região ou município.

Mas embora instrumentos como as PPIs possam ser utilizados como processos de acompanhamento e avaliação do setor, eles não tem, na prática, afetado a redistribuição do montante de recursos públicos federais transferidos aos estados e municípios. Portanto, apesar desta limitação, existe um espaço para transformar as PPIs em um instrumento de real pactuação de indicadores de saúde, e para estabelecer metas quantificáveis, visando o pagamento por performance e gerando uma sequência de avaliação de compromissos que vem desde as transferências de recursos entre esferas de Governo até a relação entre as secretarias de saúde estaduais ou municipais e as unidades de saúde (próprias ou contratadas) que prestam serviços. E esta proposta poderia se estender, até mesmo, na relação contratual entre as unidades de saúde e seus funcionários.

O uso das PPIs para definir os recursos que seriam repassados pelo nível federal aos estados e municípios sobre os conceitos “ex-ante” (parte fixa) e “ex-post” (parte variável de acordo com o desempenho alcançado) poderiam ser um bom início para fixar uma forma de contratualização entre níveis de governo baseada na performance.

Em alguns tipos de estabelecimentos de saúde de São Paulo e outros estados – como as Organizações Sociais (OSS) – os contratos já associam parte do financiamento ao cumprimento de metas e indicadores e, dessa forma, podem ser considerados contratos por desempenho.

No que se refere ao pagamento de pessoal por desempenho, também existem poucas experiências no Brasil, como a dos médicos de família na Bahia. Mas todas essas experiências são ainda insipientes e pouco avaliadas. Sem vias de dúvida, o Brasil teria muito a apreender com as experiências internacionais de pagamento por desempenho em saúde. Mas para tal, seriam necessários alguns desafios.

Os Desafios de um Sistema de Pagamento por Performance

O primeiro desafio, dada a existência de funcionários públicos estáveis (estatutários) no setor saúde, é a total intolerância dos sindicatos de funcionários públicos a serem avaliados e associarem seus salários ao desempenho ou produtividade. A não aceitação de processos de avaliação de desempenho e a negociação coletiva dos salários por categoria (independentemente do desempenho institucional ou individual) é uma prática frequentemente utilizada nos contratos coletivos, como forma de evitar divisões internas nos movimentos sindicais, deixando na penumbra aqueles que trabalham e aqueles que surfam na onda do corporativismo, sem se dedicar ao que fazem ou fazer jus ao que recebem.

Um segundo desafio é a métrica a ser utilizada na definição dos indicadores de resultado e o cálculo de sua factibilidade. A escolha e o uso de indicadores de desempenho têm se revelado um assunto bastante desafiador na quase totalidade dos setores, e especialmente na saúde aonde muitos resultados ainda são considerados intangíveis ou existem divergências quanto às formas de medição. Portanto, o mapeio dos processos internos, produtos e resultados esperados deve ser buscado através da resposta a perguntas como: o que medir, por que medir, quem vai medir, quando e como.

O terceiro desafio é como realizar os contratos (tanto entre governos, como entre governos e unidades de saúde e entre unidades de saúde e seus trabalhadores) para definir cláusulas justas e uma boa repartição entre a parte fixa (que deve ser paga para que se garanta a funcionalidade do serviço) e o bônus (aquele associado ao resultado contratado ou acima do esperado).

Nos hospitais públicos brasileiros, a discussão ainda está engatinhando. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tinha interesse em estimular, entre operadoras e seus estabelecimentos prestadores de serviços, sistemas de pagamento por desempenho, mas muitos passos para melhorar a qualidade dos sistemas de informação das operadoras e estabelecimentos prestadores ainda devem ser tomados para implementar estratégias de pagamento por desempenho.

Internacionalmente, existe uma aceitação cada vez maior da ideia de pagamento por desempenho, tanto no setor privado como no setor público, mas ainda existem muitas barreiras associadas ao uso de contratos por desempenho, especialmente pela diferença de métricas e sistemas de avaliação existentes em cada instituição e mesmo no interior de uma instituição.

A verdade é que somente alguns dados e indicadores relevantes para os processos de avaliação de desempenho estão disponíveis, tanto nas bases de dados como nos instrumentos de gestão hospitalar, ainda que outros dados relevantes também vem sendo gerados em planilhas eletrônicas e outros sistemas periféricos dentro dos hospitais e estabelecimentos de saúde.

Para passar do nível do “querer” para o “fazer”, no que tange a avaliação de desempenho e pagamento por performance, muitos processos internos devem mudar no interior das instituições de saúde, a começar pela cultura organizacional. A criação de sistemas que capturem e sistematizem a informação produzida nos estabelecimentos de saúde é outra parte importante deste desafio.

Um outro passo importante é gerar sistemas de planificação estratégica que permitam às redes de prestadores, hospital ou estabelecimento de saúde, definir e compartilhar sua missão, visão e valores, estruturados através de um quadro de mando integral, medindo resultados através de indicadores gerais e metas aplicáveis a todas as atividades (balance scorecards).

Enfim, quando um hospital ou instituição de saúde decide avaliar o desempenho de profissionais de saúde e associa-lo a programas de pagamento por performance, três características são importantes: consistência (os indicadores tem que ser os mais representativos, permitindo comparar o desempenho do hospital ou serviço de saúde com entidades externas similares (benchmarking)); transparência (expressar os resultados através de sistemas de informação que revelem o que realmente ocorre na gestão do hospital) e comunicação (todos devem estar avisados

do que está acontecendo).

Algumas Experiências Brasileiras de Pagamento Por Performance

No caso do setor público, alguns bons exemplos são as Organizações Sociais em São Paulo e a Fundação de Saúde da Família na Bahia, que iniciou a discussão de processos de pagamento de performance para as equipes de saúde da família.

Existem muitas avaliações positivas da experiência das OSS de São Paulo, em que pesem as críticas realizadas por sindicatos e movimentos corporativos da saúde, que aparentam ter mais interesse nos benefícios individuais dos trabalhadores do que no interesse coletivo da população. Por este motivo, nos contratos entre o Governo (Secretarias Estaduais e Municipais) e as unidades de saúde, o pagamento por performance é muitas vezes utilizado sem que esse processo seja estendido ao pagamento do pessoal das unidades de saúde.

No caso da experiência da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS), a qual tem a adesão de 69 municípios do Estado, existe o interesse em aplicar o disposto na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) que dispõe sobre o acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações ascendentes, pactuadas e integradas. O pagamento por desempenho não é feito mensalmente, mas a avaliação de desempenho é considerada como critério para definir os planos de carreira, promoções e remuneração adicional do pessoal de saúde a cada ano (3).

No caso do setor privado, a grande maioria das operadoras e hospitais no Brasil remuneram seus prestadores por procedimento baseado em tabelas padronizadas e o seu pessoal por salário ou unidade de serviço. O grande problema é que o pagamento por procedimento estimula mais o volume de produção do que a qualidade dos serviços, sobrecarregando a gestão hospitalar, as áreas financeira, de faturamento, auditoria e controladoria, e nem sempre trazendo benefícios para o usuário.

Existem poucas experiências (e ainda iniciais) de pagamento por desempenho no setor privado no Brasil. As UNIMEDs estão na vanguarda deste processo, testando alguns modelos, como ocorre em municípios como São José dos Campos e Belo Horizonte, por exemplo. Os resultados ainda são preliminares, mas já demonstram melhorias no nível de satisfação do usuário.

A Experiência Recente Norte-Americana

No caso dos Estados Unidos, o MEDICARE – O Plano de Saúde Universal para Pessoas com Mais de 65 anos de Idade – já vinha utilizando métodos para vincular o pagamento de provedores ao desempenho, mas com muitas limitações.

O grande incentivo para o avanço desse processo surgiu com o Plano OBAMA de Saúde (Obamacare ou Patient Protection and Affordable Care Act - ACA, de 2010). Baseado nesta nova concepção, o reembolso do hospital ou o salário do médico passa a refletir o desempenho em métricas, com base na adesão a certos processos de atendimento, pontuações em pesquisas de satisfação do paciente, ou nos resultados da melhoria da saúde dos pacientes.

A lógica por trás do pagamento por desempenho, introduzido pelas mudanças do Medicare trazidas pelo Plano Obama, é o resultado da revisão de processos que não estavam dando certo, tais como os incentivos para o pagamento de médicos que não estavam alinhados com a geração de valor ou benefício adicional para os pacientes. Para abordar esta questão, o Medicare passou a adotar um verdadeiro sistema de pagamento com base em resultados, ao invés de perpetuar as estruturas de financiamento existentes, que incentivam os médicos e hospitais a fazer mais exames e procedimentos como meio para receberem salários e remunerações mais elevadas, mesmo quando

os pacientes apresentam complicações em sua saúde.

Assim, a estratégia de pagamento dos profissionais pelo Medicare passou a substituir a orientação dada pelo mercado, que no caso do setor saúde pode gerar assimetrias penalizando os pacientes, pela regulação governamental da prestação de cuidados de saúde. Desde outubro de 2012 se passou a avaliar e incentivar financeiramente a melhoria do desempenho hospitalar, reduzindo o peso relacionado aos pagamentos por Grupo Relacionado de Diagnóstico (DRG) e aumentando o peso do resultado na melhoria da saúde do paciente.

Os hospitais passaram a ter seu sistema de pagamentos vinculado a pontuações de desempenho na qualidade e na saúde dos pacientes em comparação com os outros hospitais, bem como à melhoria dos resultados de um ano para outro quanto a estes indicadores. Em 2012, os resultados foram medidos através de 12 indicadores de processos clínicos que refletem adesão aos protocolos de tratamento, bem como aos resultados dos inquéritos de satisfação do paciente.

A partir de 2013, foi proposto que a ênfase na adesão aos indicadores de processo seja reduzida pela inclusão de medidas de resultados, incluindo as taxas de mortalidade.

Além disso, o Medicare passou a utilizar um programa para a redução de re-internações, que é uma variação da estratégia de remuneração por desempenho. Em vez de oferecer o pagamento de incentivos, o programa passou a penalizar os hospitais com altas taxas de re-internação em algumas patologias condições clínicas de saúde. As penalidades são determinadas com base na comparação do desempenho de um hospital com a média nacional, ajustados por fatores clinicamente relevantes, tais como dados demográficos, co-morbidades e fragilidades dos pacientes.

As taxas de re-internação passaram a ser calculadas para cada hospital, com base nos três anos anteriores. No primeiro ano do programa, que começou em outubro de 2012, a pena máxima foi de 1 por cento do total de reembolsos do Medicare. Em 2013, aumentou para 2 por cento, e em 2014, para 3 por cento. Em 2012, cerca de dois terços dos hospitais foram penalizados.

O Medicare passou também a administrar um outro programa de remuneração por desempenho para os médicos, modificando a tabela de preços de seus serviços, a qual passará a vigorar a partir de 2015. A remuneração do médico no Medicare será ajustada para refletir o desempenho, usando dados de qualidade do trabalho médico através de um sistema chamado Medical Quality Reporting System. Este processo será aplicado a práticas de grupo com 100 ou mais "profissionais elegíveis," com base em dados de qualidade de relatórios a partir de 2013. Em 2017, este critério será estendido às práticas de grupos com menos de 100 profissionais, e até mesmo a profissionais individualmente, com base em dados de qualidade e de custo apurados para 2015.

Mas como os usuários poderão acompanhar e se beneficiar destas mudanças? A professora Regina Herzlinger da Harvard Business School, uma das principais economistas de saúde do país, sugeriu a criação de um Centro de Informação ao Consumidor, semelhante à Securities and Exchange Commission (SEC), para dar aos pacientes o acesso a informação imparcial consolidada de todas estas avaliações. Algumas dessas informações já estão disponíveis nas bases de dados do Medicare, ainda que incompletas e com confiabilidade questionável. Este centro poderia coletar os dados e torná-los públicos e, ao mesmo tempo, analisar os dados, produzindo relatórios e informações que são significativas para os consumidores.

Quebrando as Principais Resistências

Embora as formas tradicionais de pagamento em saúde como o salário, o pagamento por serviço ou a capitação vão continuar liderando os processos de pagamento de profissionais de saúde ainda por muito tempo, o pagamento por performance vem se ampliando como um complemento para otimizar os resultados e a eficiência do setor saúde em todo o mundo.

Mas para coroar esse processo, é importante incorporar os profissionais de saúde como aliados. É importante fazer com que as entidades de classe entendam que o pagamento por performance não é um modelo punitivo. Não limita a autonomia e nem é contra a ética médica. O pagamento por performance traz os benefícios das análises baseadas em evidência, as quais podem tomar como base os próprios informes de classe de entidades médicas como a Associação Médica Brasileira.

O importante é beneficiar, tanto o médico como o paciente, através de melhores práticas do setor e do uso de incentivos econômicos (bônus) e profissionais (prestígio) adequados, com vistas a melhorar a qualidade de vida do paciente e a eficiência do setor. Além do mais, a ideia de performance pode ser fruto de debates e ser padronizada de acordo com as práticas de cada instituição. Mas o que é importante é obter um mínimo de consenso na construção de indicadores e na formatação dos sistemas de informação necessários para a captura dos dados.

Notas:

(1) FENCOM - Federação Nacional das Cooperativas Médicas foi constituída em 26 de maio de 1994 e registrada em 9 de setembro do mesmo ano por iniciativa de cooperativas hospitalares - Felicoop, Santacoop, Matercoop e Coopbaleia - e cooperativas de especialidades - Coopanest e Ginecoop. Buscava-se então, a união das forças do cooperativismo de trabalho com o objetivo de elaborar planos de ação em benefício da categoria e fomentar o intercâmbio de serviços e informações de interesse da classe médica. Hoje, a Fencom conta com um total de 44 cooperativas filiadas e concentra suas atividades na reelaboração da relação com os compradores de serviços. A criação de uma entidade central tem permitido ampliar o raio de atuação e a implementação da atividade política em defesa dos interesses da categoria e do cooperativismo de trabalho, sendo mais uma força a somar com o trabalho que já vem sendo desenvolvido pelas entidades estaduais e federais da categoria.

(2) Maiores detalhes sobre o seminário podem ser encontrados na página <http://www.unimedbhonline.com/modelo-assistencial-e-remuneracao-medica-pautam-o-seminario-intercooperativo-da-fencom-dia-129/>

(3) Os critérios para avaliação por performance dos empregados da Fundação de Saúde da Família na Bahia estão no site http://201.59.146.246/guiatrabalhador/images/Instrutivo_avaliacao_funcional.jpg.

Fonte: [Monitor da Saúde](#), em 17.09.2014.