

## O que o Brasil pode aprender com as experiências americana e inglesa

Por Mara Rocha

É possível elevar a qualidade dos cuidados em saúde, sem aumentar e até reduzindo os custos para os provedores? A receita, para alguns especialistas, está no pagamento por performance. Prática ainda incipiente no Brasil, o **P4P** – abreviatura para a expressão em inglês pay-for-performance, difundida em vários setores da economia, a exemplo da educação – vem ganhando terreno nos Estados Unidos e Inglaterra. A compra baseada em valor, como também é conhecida, já responde por 20% dos honorários pagos pelas operadoras nos EUA aos prestadores locais (dados da [Blue Cross](#)). Na Inglaterra, 25% da remuneração dos clínicos gerais é resultado de incentivos ao bom atendimento.

Considerados benchmarking internacionais no assunto, os dois países vêm inspirando outras experiências mundo afora, servindo de referência para iniciativas na Holanda, Alemanha, França, Austrália, Canadá e, ainda que de forma mais discreta, no Brasil. Não existe um modelo fixo de pagamento por performance, é o que ensinam as iniciativas norte-americana e inglesa. Cada prestador ou operadora precisa analisar a realidade em que está inserida e as demandas vigentes para, desta forma, construir o próprio projeto. O dos EUA, por exemplo, foi formulado considerando a saúde suplementar local. Da mesma forma que o **P4P** inglês foi formatado para o sistema público do país. Mas o que os dois têm em comum são indicadores de qualidade consistentes, a transparência do sistema – os usuários têm fácil acesso aos resultados das avaliações –, e uma comunicação plena, onde todos os envolvidos são avisados sobre como funciona o programa.

“Substituir o pagamento por volume por uma remuneração com base na qualidade do atendimento é uma ideia atraente, mas é preciso ter cuidado com a formulação do programa para não cair em armadilhas”, alerta o professor de economia e política de saúde da [Carnegie Mellon University's Heinz College](#), Martin Gaynor. Segundo o acadêmico, a escolha dos parâmetros utilizados na avaliação e o entendimento sobre o que fazer com os resultados obtidos serão determinantes para o sucesso do sistema. “Além disso, é importante a consciência de que a abordagem da qualidade e corte de custos em saúde requer várias ferramentas, sendo a forma de remuneração apenas uma delas”, adverte.

Gaynor cita como exemplo o fracasso das primeiras iniciativas de pagamento por performance na saúde, surgidas na década de 90 nos EUA, país pioneiro no assunto. Na época, os mecanismos de comparação adotados pelos planos do sistema suplementar nacional, em experiências ainda isoladas, limitavam a avaliação apenas a temas de redução de custo, sem atentar para a qualidade no atendimento de patologias mais graves e ao fomento de políticas de prevenção a longo prazo. “Os programas tiveram efeitos modestos sobre o desempenho dos hospitais quanto à segurança dos procedimentos e nenhum efeito sobre os resultados dos pacientes”, lamenta.

Somente em 2012, impulsionado pelo Obamacare – principal reforma do setor na história dos EUA –, é que um novo modelo de **P4P**, mais centrado nas necessidades do paciente, surgiu no país. O [Medicare](#) – programa de seguro saúde estadunidense para maiores de 65 anos e portadores de alguns tipos de deficiência, maior provedor local – passou a remunerar cerca de 4 mil prestadores, de acordo com a avaliação do desempenho em três grupos de referência.

O primeiro deles é um conjunto de 13 medidas para assegurar os cuidados em tempo útil e de forma eficaz, e corresponde a 45% da pontuação do hospital. Nesse sentido, o sistema observa, por exemplo, o número de pacientes com ataque cardíaco que receberam medicamento para prevenir coágulos sanguíneos, até 30 minutos após a chegada ao hospital. Também são avaliados detalhes como o tempo de resposta da equipe médica aos acidentes cardiovasculares e as orientações dadas durante a alta. Outros critérios são a administração dos antibióticos no pós-cirurgia e em

casos de pneumonia, priorizando a escolha do tipo de medicamento e o tempo empregado na terapia.

O segundo grupo de referência está relacionado a sondagens de satisfação dos pacientes após deixarem o hospital, e equivale a 30% da pontuação. A pesquisa analisa aspectos como a comunicação dos profissionais de saúde com os doentes, a administração da dor durante a internação, além do grau de limpeza e silêncio na instituição. Já o terceiro domínio, que vale 25% da avaliação, diz respeito às taxas de mortalidade dos enfermos com problemas cardíacos e pneumonia, registradas dentro do serviço ou até 30 dias após a alta. Para essa etapa, o Medicare também considera o estágio de avanço das doenças e as readmissões por complicações.

Os índices registrados anualmente em cada unidade de saúde são comparados aos dados obtidos no mesmo período dos anos anteriores, para entender a evolução do desempenho avaliado. A performance das instituições também é confrontada com as médias nacionais. Ficam de fora do programa os hospitais com poucos casos de internação por pneumonia e ataques cardíacos, ou de especialidades como psiquiatria, reabilitação e oncologia. A partir da avaliação desses três conjuntos de critério, os prestadores podem lucrar ou perder até 3% (valor para 2014), em cima dos reembolsos realizados regularmente pelo Medicare. Na página da web Hospital.

Compare, alimentada com os dados disponibilizados pela operadora, os próprios usuários podem fazer a comparação entre prestadores pares e escolher o melhor serviço conveniado. O plano, no entanto, ainda não divulgou números que comprovem ganhos de eficiência e eficácia através do modelo adotado.

## Repercussão

Entre as entidades representativas do setor nos EUA, há um consenso de que as formas de remuneração mais tradicionais precisam ser revistas no país e que a solução pode estar no **P4P**. “O sistema de pagamento por procedimento premia médicos quanto à quantidade, em detrimento da qualidade. Esses profissionais recebem mais para realizar mais procedimentos e pedir mais exames, ao invés de um melhor atendimento”, diz o relatório publicado em 2013 pela [National Commission on Physician Payment Reform](#), comissão independente composta por representantes de diversos setores da saúde norte-americana. A organização foi criada pela Sociedade de Medicina Interna Geral (SGIM), com o intuito de debater e contribuir na discussão sobre as formas de remuneração do setor e a qualidade dos atendimentos. “Há uma necessidade crescente de reduzir os custos da saúde nos Estados Unidos. Sem grandes mudanças no sistema atual, essa despesa chegará a U\$ 4,5 trilhões em 2019”, conclui o documento.

Antes do emprego do **P4P** pelo Medicare, o Instituto de Medicina da América (IOM) – uma espécie de Fiocruz nos EUA –, também já havia se pronunciado, apontando a implementação progressiva da remuneração por desempenho como um instrumento necessário para a redução de gastos na saúde, controle dos tratamentos excessivos (overuse) e melhoria da qualidade dos atendimentos médicos no país. “O pagamento por performance é um componente-chave para a transformação do sistema de saúde, mas não será como uma bala mágica que resolve todos os problemas sozinho”, alertou na época o presidente da entidade, Harvey Fineberg, referindo-se à necessidade de outras medidas de transformação, através da regulação do governo.

No entanto, persiste a preocupação geral quanto à escolha dos parâmetros de avaliação e ao embate ético que pode surgir das pressões para redução de custo nos procedimentos realizados. “Os medidores de desempenho precisam atentar para as normas que de fato melhorem a confiabilidade dos procedimentos, a fim de evitar a má classificação de cuidados nos programas de prestação de contas”, disse à Diagnóstico o gerente de comunicações do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), Chantay Moye. Sem tecer críticas diretas ao programa adotado pelo Medicare, ele questiona até que ponto o profissional de saúde pode ser o único responsável pelas complicações no quadro clínico de um paciente com, por exemplo, hábitos de vida não saudáveis.

Preocupada em assegurar a ética médica na adoção do **P4P** pelos provedores, a [Associação Médica Americana](#) (AMA) elaborou uma cartilha com cinco princípios que devem reger a avaliação do desempenho. “Os programas de **P4P** justos e éticos são aqueles que têm como principal missão a melhoria da assistência ao paciente”, ensina a publicação. Para tanto, segundo o texto, a qualidade dos atendimentos deve ser medida com base em evidências, estipuladas por especialistas das áreas avaliadas. A associação também defende que a participação do médico no programa seja voluntária, “sem prejudicar a viabilidade econômica de prestadores não participantes”, enfatiza a cartilha. Além disso, a entidade ressalta a importância da precisão dos dados e da adoção de métodos de análise cientificamente válidos. “Os médicos estão autorizados a rever, comentar e apelar contra resultados”, defende o documento, que reforça a necessidade dessas avaliações não prejudicarem a relação entre médico e paciente. O programa de remuneração deve, ainda segundo a AMA, basear-se em uma política de incentivos para os profissionais participantes, ao invés de penalizá-los.

## Debate antigo

No início da década de 80, os crescentes gastos mundiais na saúde já forçavam as organizações do setor a repensarem as formas de remuneração vigentes na época. Mais uma vez, coube aos EUA dar o primeiro passo, com a criação do pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG). Idealizado por pesquisadores da Universidade de Yale, o sistema tinha como objetivo mensurar e caracterizar os “produtos” oferecidos pelas instituições de saúde, com a categorização de casos hospitalares clinicamente coerentes e similares quanto ao consumo de recursos.

Os Grupos de Diagnósticos Relacionados partem do pressuposto que, apesar de cada paciente ser único, existem características clínicas, demográficas e terapêuticas comuns que determinam a complexidade dos serviços a serem adotados. Por exemplo, em situações de apendicectomia (retirada do apêndice), é possível, segundo o sistema, designar qual o pacote de serviços (procedimentos, exames e medicamentos) a ser comprado pela operadora, enquadrando o perfil do enfermo em um dos grupos relacionados. O método foi adotado pelo Medicare em 1983, que passou a remunerar os hospitais através de uma taxa fixa por caso de internamento. O modelo substituiu a forma de remuneração embasada no custo de cada serviço, pelo pagamento prospectivo (PPS), aproximando-se da compra baseada em valor.

Por não capturar adequadamente os custos de hospitais especializados em certas áreas, a exemplo da psiquiátrica, oncológica e pediátrica, o DRG norte-americano sofreu modificações ao longo dos anos. Nestes casos, as unidades de saúde foram isentadas do sistema. Além disso, o modelo incluiu mudanças na prestação dos cuidados de saúde e avanços da medicina, passando a considerar a medição de aspectos como gravidade e risco. “O setor de saúde dos EUA precisava de uma ferramenta que olhasse para além do consumo de recursos e permitisse que agências, como as comissões estaduais de dados, avaliassem as diferenças nas taxas de mortalidade hospitalar”, aponta a professora assistente clínica da Universidade do Kansas, Judy Bielby, em seu artigo *The Evolution of DRGs* (A evolução dos DRGs, em tradução livre). Aos poucos, o gerenciamento concomitante de custos e qualidade assistencial hospitalar era introduzido na saúde estadunidense.

“Pagar por resultados entregues é uma forma de troca mais justa”, defende o sócio-diretor do [Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde](#) (IAG Saúde), o médico Renato Couto. Professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ele dedicou os anos de mestrado e doutorado ao tema da gestão de qualidade para a redução de infecções hospitalares e melhoria assistencial. Junto com uma equipe de PhDs, desenvolveu em 2001 o DRG Brasil, adaptando o sistema criado nos EUA às características da realidade brasileira, como codificação de doenças e perfil da população.

Segundo o modelo brasileiro, ao dar entrada em um hospital, o paciente é cadastrado em uma das categorias de DRG Brasil (clínico ou cirúrgico), baseado em seu diagnóstico inicial. Ao categorizar o enfermo em um determinado pacote, a unidade de saúde e a operadora já têm os parâmetros pré-

estabelecidos para conduzir o atendimento, tais como custos e tempo de permanência em internação para uma adequada resposta terapêutica e a condição segura para a alta hospitalar. “Isso permite um melhor gerenciamento dos custos hospitalares, uma avaliação de qualidade do serviço prestado e do desempenho da equipe multidisciplinar, bem como a prevenção de erros e eventos adversos”, garante Couto.

Com cerca de cinco mil médicos cooperados e quase 350 prestadores credenciados, a Unimed BH iniciou no ano passado a implantação do DRG em sua rede hospitalar. A participação também foi estendida para outras instituições conveniadas, mas de forma voluntária. É o caso do Santa Rita (HSRC), na capital mineira, hospital de médio porte com 180 leitos. A estrutura, com faturamento mensal médio de R\$ 4,5 milhões, iniciou há cerca de seis meses a coleta de dados para a implantação do sistema. “A partir das informações coletadas sobre tempo de permanência e custo dos atendimentos, teremos uma visão mais ampla da qualidade dos serviços prestados pela instituição”, acredita o diretor geral do HSRC, Reginaldo Teófanes, sobre as expectativas com a adoção do novo sistema. “Será uma oportunidade de autoconhecimento, para entendermos onde estamos acertando ou errando na nossa rotina hospitalar”, completa.

Oportunidade também para os planos de saúde compararem os resultados de seus prestadores e entenderem quais hospitais oferecem o atendimento de forma mais eficiente, segundo o diretor de planejamento e controle da Unimed Goiânia, Breno de Faria. Maior operadora da região Centro-Oeste, com mais de 350 mil beneficiários, a cooperativa vem há um ano coletando dados e formatando os grupos de diagnósticos relacionados. A expectativa é iniciar a implantação do DRG brasileiro nos 105 hospitais da rede espalhados pelo estado, a partir do ano que vem. “O pagamento por serviço é nocivo, por estimular o lucro através do excesso de tratamento”, explica o executivo sobre o que motivou a organização a querer abandonar o antigo sistema. “Ele é prejudicial para todas as partes envolvidas: para os planos que pagam pelo excesso, para quem recebe, porque exaure os recursos do próprio provedor, e para o paciente, que tem a qualidade dos cuidados afetada”, declara Breno, que também é médico.

## Experiência inglesa

Voltado para uma medicina mais socializada, de acesso universal e gratuito, o programa de pagamento por performance do Sistema de Saúde Nacional (NHS) inglês foi criado há dez anos. Na época, além de melhorar a qualidade dos atendimentos, a Inglaterra tinha como desafio ajudar a suprir a falta de clínicos gerais (GPs) na região. Para tanto, a estratégia seria a adoção de um modelo centrado em uma política de recompensa, com participação voluntária do prestador e sem impor penalidades como na iniciativa norte-americana.

Com o novo projeto, um quarto da remuneração dos 8 mil médicos inscritos no programa é fruto de incentivos baseados na performance. E funcionou: em 2008, o NHS local já contabilizava quatro mil GPs a mais do que cinco anos antes, segundo relatório divulgado na época. O documento também apontou melhorias nos serviços prestados, com consultas mais longas e reduções nas listas de espera.

Batizado de Quality and Outcomes Framework (QOF), o modelo inglês vem sofrendo adaptações ao longo dos anos, com a revisão dos padrões de bom desempenho. No formato atual, um esquema de pontuação avalia 148 indicadores de qualidade, distribuídos em quatro domínios. O primeiro grupo vale 669 pontos, e abrange o tratamento de doenças crônicas mais comuns como asma, diabetes e doença cardíaca coronária. O segundo domínio equivale a 254 pontos, e considera aspectos organizacionais, como a disponibilidade de informações, a comunicação com os pacientes, títulos de formação profissional, produtividade, práticas de gestão e gerenciamento de medicações. Já a vivência do paciente tem peso 33 e utiliza como único indicador a duração das consultas.

Procedimentos como triagem cervical, vigilância em saúde infantil, serviços de maternidade e de contracepção também são analisados no modelo inglês, e valem 44 pontos. Todas as notas

somadas podem chegar a 1.000. Quanto maior o score, maior será a recompensa. Aqui também a valutação fica disponível para consulta pública, através do banco de dados online do Centro de Informação em Saúde e Assistência Social (HSCIC). A experiência acabou sendo exportada para os NHSs dos demais países que compõem o Reino Unido – Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales.

Sobre as situações em que a competência médica não basta para a prestação do bom atendimento, o QOF disponibiliza os “relatórios de exceção”. O documento serve para os GPs notificarem, por exemplo, episódios de doenças não tratáveis, como as terminais, e de pacientes que se recusam a fazer o tratamento ou que não toleram determinada medicação. Casos assim não são contados na avaliação, evitando a perda de pontos para os profissionais.

Protegidos por uma política de privacidade vigente no país, os GPs não são obrigados a divulgar os próprios salários. No entanto, dados do NHS demonstram que os 25% em incentivos do QOF equivalem a aproximadamente £ 290 milhões (mais de R\$ 1 bilhão) no total. Mesmo com a adesão voluntária ao modelo, o **P4P** inglês conta com a participação de quase 100% dos clínicos gerais. “A recompensa paga pelo programa tem um peso importante na remuneração dos médicos ingleses, que acabam por se dedicar mais na prestação de seus serviços”, relata a clínica Karen Bateman, GP em Wheatley, vilarejo a cerca de 80 km de Londres.

Apesar da política de incentivo resultar em mais dinheiro para as contas dos GPs com bom desempenho, o NHS registrou uma redução de £ 400 milhões (mais de R\$ 1,5 bilhão) nos gastos com a categoria, entre 2010 e 2013. O valor, divulgado no final do ano passado pela Royal College of General Practitioners, equivale a uma queda de 7% nas despesas do país com cada paciente. Valores que precisarão ser acrescidos, segundo o instituto. É que para atender de forma satisfatória os 55 milhões de usuários do sistema de saúde, em uma população em contínuo envelhecimento, seriam necessários mais 10 mil profissionais. “Os ministérios da Educação e da Saúde precisam investir mais para que no futuro 50% dos estudantes de medicina se tornem GPs, ou faltarão profissionais para atender a demanda crescente e complexa do NHS”, afirmou ao jornal The Independent a médica porta-voz do Royal College, Clare Gerada.

Mesmo que discretamente, as experiências estrangeiras têm surtido efeito no cenário brasileiro, através de iniciativas isoladas de gestão do desempenho e políticas de incentivo. São práticas em fase preliminar, não consideradas modelos de pagamento por performance, mas que já demonstram a preocupação de algumas organizações com o tema.

## **Brasil**

“Buscamos alternativas para que o montante gasto em saúde se reflita em pacientes mais saudáveis, mais controlados, com menos complicações decorrentes da evolução das doenças”, explica o diretor de Marketing e Desenvolvimento da Unimed do Brasil, Edevard de Araújo. Com cerca 20 milhões de clientes, a rede vem defendendo, entre as 353 cooperativas médicas que compõem o sistema, a importância de programas de gestão da qualidade dos atendimentos e custos.

Algumas, como a gaúcha Unimed Erechim, com 222 cooperados, planejam instituir a longo prazo o **P4P**. Com mais de 50 mil beneficiados, a operadora já deu o primeiro passo, através da adoção de um programa de gestão da performance. Iniciado há um ano, o sistema está em fase de definição dos indicadores de qualidade a serem avaliados. “É imperativo rever as formas de pagamento, priorizando a boa gestão nos serviços da saúde e a excelência nos atendimentos médicos, de olho nas reais necessidades do paciente”, defende a gerente de marketing da cooperativa, Cleusa Daronch.

Há quem defenda a necessidade urgente de revisão dos modelos de pagamento brasileiros. “Já está provado que para o avanço da qualidade do sistema de saúde, com atenção à eficiência, eficácia, segurança, equidade, acesso e centralidade do paciente, é preciso começar pela reforma

do modelo de remuneração médica”, sustenta o consultor da ANS, César Abicalaffé. Presidente da 2iM, empresa de consultoria especializada no segmento hospitalar, ele acompanhou de perto a implantação do QOF na Inglaterra, quando cursou mestrado em economia na saúde na Universidade de York (Londres), uma das instituições mais envolvidas na construção do **P4P** inglês.

Em São Paulo, os contratos entre as Organizações Sociais (OSS) e a prefeitura associam parte do financiamento ao cumprimento de metas e indicadores. Não à toa, a paulistana OS – Santa Catarina iniciou um projeto piloto de gestão da performance, desde 2012, nas unidades de saúde da família. “Precisávamos de um panorama das ações realizadas na unidade, com indicadores que evidenciassem a qualificação da assistência e a obtenção de resultados para a melhoria da saúde da população da área de abrangência”, informa o diretor técnico da estrutura, Roberson Jun Kitamura. Ao todo, 17 indicadores referentes à estrutura, efetividade do cuidado, eficiência técnica e satisfação do cliente compõem o sistema. O projeto, que atualmente funciona em três unidades, encontra-se em fase de coleta de dados para ser estendido a outras 13 estruturas. “Já registramos alguns bons resultados”, garante o gestor.

Outras iniciativas vêm dando o exemplo no SUS. Ainda em São Paulo, os médicos do sistema público têm pagamento variável de acordo com o desempenho. E em Minas Gerais, 149 unidades hospitalares – um quarto da rede hospitalar estadual, responsável pela assistência de 60% da população local – recebem incentivos para a boa atuação nos 51 municípios em que estão inseridas, através do Prohosp. O programa, implantado em 2003, tem estimulado a qualificação dos profissionais envolvidos no processo: até o ano passado, 574 gestores da rede pública estadual tinham se capacitado e cerca de 350 Planos Diretores e de Intervenção Hospitalar haviam sido produzidos. A iniciativa mineira inspirou o Hospsus, no Paraná. Desde 2011, a remuneração de 49 hospitais paranaenses conveniados à rede pública é baseada na performance institucional.

“Mas todas essas experiências são ainda incipientes e pouco avaliadas”, pondera o consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) André Medici. Brasileiro morando em Washington desde 1996, atua em iniciativas internacionais ligadas a temas como acreditação, segurança médica e economia do setor. Ele participou da construção do sistema público de saúde brasileiro há trinta anos, e vê no pagamento por performance uma alternativa para os problemas de qualidade do SUS. “O Brasil poderá aumentar muito a eficiência do gasto em saúde, com o uso de um modelo de contratualização por resultados e de pagamento de funcionários por desempenho”, apostava. Medici, que também é editor do blog Monitor de Saúde, defende um olhar mais acurado para as iniciativas de **P4P** estrangeiras. “Ainda assim, o país ainda tem muito a aprender com as experiências internacionais de pagamento por desempenho em saúde”.

Para o presidente da [Associação Nacional de Hospitais Privados](#) (Anahp), Francisco Balestrin, a remuneração com base no desempenho é um instrumento interessante, mas muito distante da atual realidade do SUS. “O pagamento por performance só é possível se existir uma estrutura organizada, com todas as informações do sistema de saúde acessíveis e informatizadas, algo que atualmente não existe no país”, sinaliza o executivo. Ele destaca que, sem o conhecimento dos dados que permeiam os atendimentos, não é possível definir os riscos e indicadores para a avaliação. “E até a saúde pública brasileira atingir esse grau de conhecimento, teremos um longo caminho a percorrer”, lamenta.

Diretor executivo da [XHL Consultoria](#), especializada em administração hospitalar, Eduardo Regonha aponta as diferenças regionais do país como maiores empecilhos para a adoção do **P4P** na saúde pública. “Ainda falta médico em algumas áreas brasileiras”, lembra o consultor, reiterando a importância da adesão dos profissionais de saúde para o sucesso do modelo de pagamento. “Nessas regiões, vai ser mais difícil atrair a participação dos médicos para um programa de avaliação do desempenho”, constata.

## Resistência

Difícil mesmo será convencer as entidades médicas a aderirem ao modelo. “O **P4P** é mais uma tentativa do governo e planos de saúde de instituir programas de diminuição de custo e limitação de procedimento”, critica o presidente da [Federação Nacional dos Médicos](#) (Fenam), Geraldo Ferreira. Para ele, a adoção do pagamento por performance na saúde brasileira seria prejudicial, ao vincular a remuneração dos profissionais e instituições do setor a uma política de redução de despesas, criando um embate ético. “Isso afetaria negativamente os atendimentos, penalizando os pacientes”, afirma. Segundo Ferreira, seria mais interessante uma política de investimento na indústria hospitalar brasileira. “Com equipamentos nacionais mais baratos e de qualidade, o custo dos procedimentos e exames seria consequentemente reduzido”, cogita.

O [Conselho Regional de Medicina de São Paulo](#) (Cremesp) chegou a se pronunciar em carta pública contra a adoção do pagamento por performance. A entidade comparou o modelo de remuneração às metas de redução de exame instituídas no passado por algumas operadoras, e classificadas como ilegais pela ANS, em 2011. “É mais um método usado pelas operadoras para monitorar e, frequentemente, punir – pecuniariamente ou não – o médico”, afirma o documento.

Há um erro de interpretação, segundo Medici. Para ele, as entidades de classe precisam compreender que o pagamento por desempenho não é um modelo punitivo. “A ideia de performance pode ser fruto de debates e ser customizada de acordo com as práticas de cada instituição”, comenta o consultor. “O importante é beneficiar tanto o médico quanto o paciente das melhores práticas do setor, através de incentivos econômicos e profissionais, mas é necessário um mínimo de consenso na construção dos indicadores”, ressalta.

A resposta estaria em uma política de incentivos, como mostra Abicalaffe. Ele propõe como modelo a remuneração mista, composta por um fixo mais um bônus para o bom desempenho, como ocorre na Inglaterra. “O **P4P** não irá substituir os modelos tradicionais de pagamento, ele vem para complementar a remuneração já existente”, esclarece o consultor, destacando a necessidade do envolvimento das entidades médicas na construção do sistema. “As organizações do setor poderiam contribuir na discussão, analisando questões de remuneração e propondo alternativas que dessem a sustentabilidade que o mercado precisa”, sugere Abicalaffe, citando como exemplo a participação das associações de classe na discussão do modelo estadunidense.

Diretor de Defesa Profissional da [Associação Médica Brasileira](#), Emílio Zilli acredita que ainda é cedo para o debate sobre a remuneração. “O **P4P** é interessante, mas, antes de adotá-lo, precisamos definir qual modelo de saúde queremos para o país”, diz o médico. Ele aponta como medidas mais urgentes a decisão sobre quais serão as necessidades do SUS com a população envelhecida, para, com base nessas informações, estipular os parâmetros de qualidade do sistema público. Na opinião de Zilli, uma discussão sobre as formas de pagamento, neste momento, seria uma ação precipitada. “Precisamos, sim, debater a forma de remuneração, mas pular essas etapas de definição do que será o SUS futuramente seria catastrófico para a saúde brasileira”, alega.

O debate promete.

**Fonte:** [DiagnósticoWeb](#), em 17.10.2014.