

ISSN 1415-4765

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1006

FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Brasília, dezembro de 2003

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1006

FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi*

Brasília, dezembro de 2003

* Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Governo Federal

**Ministério do Planejamento,
Orçamento e Gestão**

Ministro – Guido Mantega

Secretário-Executivo – Nelson Machado

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Glauco Antonio Truzzi Arbix

Diretor de Administração e Finanças

Celso dos Santos Fonseca

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Maurício Otávio Mendonça Jorge

Diretor de Estudos Macroeconômicos

Paulo Mansur Levy

Diretor de Estudos Regionais e Urbanos

Luiz Henrique Proença Soares

Diretor de Estudos Setoriais

Mário Sérgio Salerno

Diretora de Estudos Sociais

Anna Maria T. Medeiros Pellano

Assessor de Comunicação

Murilo Lôbo

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou o do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO **7**

2 HISTÓRICO DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS DE SAÚDE **8**

3 ABORDAGENS TEÓRICAS **9**

4 MODOS DE REMUNERAÇÃO **13**

5 CONCLUSÕES **28**

ANEXO **29**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **30**

SINOPSE

Este texto trata das formas atualmente adotadas de remuneração de serviços pessoais de saúde e da influência exercida por elas sobre a prática dos profissionais. O agravamento da inflação médica, a partir dos anos 1960 e notadamente 1970, retoma essa questão que, se anteriormente era voltada mais para o controle da qualidade, passa a ter nos custos seu principal mote. A abordagem aqui desenvolvida, no entanto, ao contrário do ultimamente observado, privilegiará aquela dimensão inicial do tema. O marco teórico busca superar o modelo econômico neoclássico convencional: o individualismo metodológico e a teoria da utilidade. A partir da crítica às concepções sobre o comportamento humano contida naquela teoria, influenciado quase reflexamente por incentivos econômicos apropriados que subsidiariam os modos de pagamento, este estudo faz uma releitura daqueles prevalentes: *ex ante*, *ex post* e remuneração do tempo/orçamentos globais, com suas especificidades, em se tratando de profissionais ou serviços de saúde. Finalmente, discute as propostas mais importantes de mudança dos mecanismos de remuneração apresentadas pela ortodoxia econômica numa perspectiva de ajuste, bem como alguns exemplos de reformulações, na perspectiva teórica apresentada.

ABSTRACT

This essay will treat the present payment mechanisms of personal health services and their influence in the health professional's performance. The deterioration of the medical inflation after the 60's and, mainly, the 70's put this question into a great concern that, if previously was focused on the quality control, nowadays is targeted on the health costs. Our considerations here, however, in opposite of the conventional point of view about the subject, will strength on that original dimension: the quality. The theoretical way pretends to surpass the conventional economic neoclassical model: the individualism and the theory of utility. From the criticism about the human behavior conceptions that exist in that economic theory, almost as only a reflected one, influenced by appropriated economic incentives witch would subsidize the payment mechanisms, this work make a reconsideration of the prevalent ones: *ex-ante*, *ex-post* and time remuneration/global budgets and their specific characters concerned with health professionals or health institutions. Finally, it discusses the more important proposals of change in the payment policies, patroized by the economic Orthodoxy, in a fiscal or budgetary adjustment perspective, and some reformulation examples, in the selected theoretical perspective.

1 INTRODUÇÃO

Este texto trata das formas de remuneração de serviços pessoais de saúde atualmente adotadas e da influência exercida por elas sobre a prática dos profissionais. Esses serviços constituem uma das respostas dadas pela sociedade à problemática da saúde da população e não é a única: no setor de saúde, existem medidas de caráter coletivo que também absorvem recursos financeiros e trabalho dos profissionais, porém em menor escala que os serviços pessoais, até então.

Esse tema, embora antigo, toma importância a partir de meados dos anos 1950, com o intenso desenvolvimento tecnológico associado à prestação de cuidados à saúde. Nessa conjuntura, elevam-se, conseqüentemente, os gastos e os custos dos serviços¹ e crescem, em decorrência, mecanismos coletivos de financiamento, seja do tipo securitário, público ou privado ou fiscal (por meio das finanças públicas). O interesse pelo entendimento do funcionamento da economia do setor de saúde, ou seja, das relações sociais que se estabelecem entre os agentes que nele interagem – consumidores, pagadores, prestadores de serviço, indústrias produtoras de bens (medicamentos, materiais, equipamentos biomédicos) – tornou-se, a partir daí, também maior.²

Embora existentes nos anos anteriores,³ avolumaram-se, a partir dos anos 1970, estudos que, para entender diferenças marcantes nos padrões de conduta de determinados problemas médicos, como taxas de cirurgia por habitante, apontavam, entre os condicionantes, as distintas formas de remuneração dos cirurgiões – ato médico ou salários. De fato, a variação nos padrões de prática médica é extremamente grande e bem documentada na literatura, ao menos na norte-americana:⁴ por exemplo, em pequenas áreas geográficas de New England, encontraram-se variações de quatro vezes nas taxas de histerectomia, seis vezes de tonsilectomia, e quatro vezes de prostatectomia (Wenenberg e Gittelsohn, 1982; *apud* Eisenberg, 1986). Estudos internacionais, como o que comparou vários procedimentos na Nova Inglaterra e em regiões da Noruega e Inglaterra também encontraram diferenças marcantes em determinadas taxas de utilização (McPherson *et alii*, 1982; *apud* Eisenberg, 1986). Clara está a importância dessa questão em razão da garantia de qualidade da atenção à saúde, visto que muitas dessas cirurgias eram desnecessárias. No Brasil, datam dos anos 1960 estudos de Gentile de Mello, no âmbito da assistência médica da Previdência Social, que mostravam uma correlação positiva entre a por ele denominada “epidemia de cesarianas” e as formas de remuneração por ato médico, indutoras de corrupção e fraudes (Gentile de Mello, 1971).

O agravamento da inflação médica, a partir dos anos 1960 e notadamente 1970, que passa a ser sistematicamente maior do que a inflação geral, retoma a questão num outro patamar: não tanto a qualidade mas o controle de gastos e custos. Análises do mercado de serviços de saúde apontaram uma diferença marcante relativa ao modelo

1. Custos referem-se à quantidade de recursos financeiros para a produção do bem ou serviço; gasto é a soma de recursos financeiros utilizados no funcionamento do setor ou de suas subunidades (hospitais, serviços, atenção ambulatorial, etc.).

2. Ver o clássico trabalho de Keneth Arrow, prêmio Nobel de Economia (Arrow, 1963).

3. Ver resenha em Eisenberg (1986).

4. Uma boa resenha da questão também é encontrada na mesma obra de Eisenberg.

de análise dos mercados: o consumo de serviços de saúde, sua intensidade e combinação passam necessariamente pela indicação do médico que, assim, age em nome do paciente. Suas ações, portanto, “(...) têm conseqüências sobre os custos e qualidade da atenção e podem ter considerável efeito sobre o uso racional de medicamentos para os pacientes individuais e para a atenção de saúde, como um todo (...)” (Dong *et alii*, 1999, p. 686-687). Sobre a decisão clínica e os fatores capazes de influenciá-la, entre eles os modos de remuneração, recaíram grande parte das estratégias de controle de gastos e custos utilizadas pelos sistemas de saúde públicos e privados da maior parte dos países capitalistas industrializados. Dessas, a mais recente e polêmica é o pagamento por captação com compartilhamento de riscos, que veremos adiante. Poucos sistemas de saúde, e mesmo estudiosos da questão, têm-na visto de modo mais amplo, ou seja, tem visto que à tecnologia se atribui grande parte do problema, como estabelecer mecanismos de controle na sua própria criação, no nível das indústrias, e não na sua difusão, de responsabilidade, em última análise, do médico. Algumas estratégias nesse sentido têm sido desenvolvidas, como a necessidade de apresentação de estudos de custo-efetividade pela indústria farmacêutica para o lançamento de medicamentos (aumento do impacto da droga relacionado ao aumento dos custos). Países em que a indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos não é organizada a partir dos interesses lucrativos de seus acionistas não têm revelado preocupações tão intensas com o controle de custos por meio da decisão clínica (como Cuba).⁵ Sobre o médico ou os usuários, pontos mais fracos na cadeia de interesses que envolve a prestação de cuidados à saúde, recaem, no entanto, as medidas racionalizadoras mais usuais:

As distorções que levam ao aumento dos gastos com saúde podem ser derivadas de dois fatores básicos: a) do comportamento dos médicos e b) do comportamento dos usuários dos serviços. Sendo assim, a dinâmica das formas de remuneração ou a regulação da oferta dos serviços de saúde, através de preços e de incentivos, podem induzir a comportamentos mais racionais (...) (Médici, 1994, p. 33).

A abordagem aqui desenvolvida, no entanto, ao contrário do que se convencionou ultimamente, privilegiará a dimensão mais antiga do interesse pelo tema, ou seja, seus impactos sobre a qualidade.

2 HISTÓRICO DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS DE SAÚDE

Embora várias formas de remuneração tenham sido encontradas ao longo do tempo, o pós-pagamento por ato médico ou profissional é a mais conhecida, em consonância com a tradicional prática liberal, que acabava dirigida para as camadas mais abastadas da população (Roemer, 1989). Com a industrialização e a constituição de fundos mútuos, precursores do seguro social, estes também passam a estabelecer relações com os médicos, já baseadas em outras formas de remuneração, embora se desconheça sua magnitude:

5. Ver Andreazzi (1999a).

Os fundos de assistência mútua mais antigos (...) não pagavam médicos (...) adicionaram somente benefícios médicos durante o século dezenove. Eles o fizeram de maneira simples: cada organização recrutava um ou poucos médicos como responsáveis por seus membros (...) Desde que o médico tinha um contrato estabelecido com um número definido de beneficiários, ele pode ser pago de acordo com isto – por um reembolso, salário ou taxa de captação – ao invés dos honorários itemizados que ele cobrava no mercado (...)” (Glaser, 1991, p. 224-225).

No entanto, com o desenvolvimento do seguro social e sua extensão a camadas mais amplas da população, prevaleceu a forma liberal remunerada por ato, tanto por pressões da categoria médica quanto pelo desejo de livre-escolha por parte dos beneficiários. Somente após os anos 1950, o crescimento dos custos tem induzido à discussão de formas alternativas de remuneração. Essa trajetória mais recente veremos ao longo do trabalho.

3 ABORDAGENS TEÓRICAS

A maioria dos trabalhos atuais que trata do tema da remuneração de serviços de saúde, na perspectiva de entender o seu impacto sobre a prática profissional, aborda-o segundo a teoria econômica convencional. Esta analisa a relação econômica a partir do indivíduo livre e igual, seja ele produtor ou consumidor de bens e serviços. Ambos possuem uma racionalidade ilimitada, ou seja, são capazes de ter decisões racionais a partir de um determinado nível de informação universalmente acessível, tendo como objetivo a maximização de sua utilidade: para os produtores, o lucro; para os consumidores, os benefícios a ser obtidos com as suas restrições orçamentárias. Adaptações dessa teoria à realidade do mercado de serviços de saúde foram sendo feitas ao longo do tempo:

- a) assimetria de informação – os consumidores possuiriam muito pouca informação relativa aos produtores: “(...) os pacientes poderiam aceitar, ou até mesmo demandar, tratamentos que não comprariam se completamente informados, mas que são vantajosos, financeiramente, para os profissionais médicos (...)” (Musgrove, 1999, p. 84) ou para a indústria produtora.⁶
- b) existência de externalidades – muitos dos cuidados à saúde, como os preventivos e o tratamento de doenças infecto-contagiosas, possuem benefícios que extrapolam o consumidor, tornando muitas vezes difícil que os consumidores individuais se disponham a pagar por eles no nível que seria adequado, como por exemplo, no caso de campanhas de vacinação (Musgrove, 1999).
- c) presença do terceiro pagador – ou seja, de seguros, sejam sociais ou privados, em que o consumidor não teria, no ponto de uso do serviço, as restrições orçamentárias clássicas da compra direta, o que poderia levá-lo a consumir mais serviços do que o necessário para seu bem-estar.
- d) presença de inúmeras instituições não-lucrativas – tornaria necessária a identificação de outros objetivos maximizadores diferentes do lucro para os produtores de serviços de saúde, sejam eles médicos ou donos de hospitais e outros tipos de estabelecimento. Nos Estados Unidos, tornaram-se também

6. Acréscimo da autora.

bastantes conhecidos os estudos de Feldstein (1988), que analisaram os objetivos dos hospitais não-lucrativos, que constituíam grande maioria na época. Segundo essa abordagem teórica, verificou-se que não ocorria a maximização do lucro do hospital, e sim a maximização do rendimento individual dos médicos que atuavam no hospital, bem como a viabilização dos interesses estratégicos de outros agentes econômicos que faziam parte dos Conselhos de Administração dessas instituições – empresários, representantes das indústrias relacionadas à área de saúde, capital financeiro, sob a forma de seguradoras ou de bancos os investidores. Ou seja, todos os interessados, por motivos diversos, numa forma de competição por diferenciação de produtos, no caso, incorporação tecnológica, inflacionária de custos.

No caso dos serviços públicos, também abundantes, os pressupostos dessa teoria econômica, dita neoclássica, também são resgatados, no âmbito da chamada escola da escolha pública – *public choice* (Buchanan, 1988 e 1989). Para Buchanan, os burocratas e políticos, que decidem sobre as políticas do Estado, agiriam como o “homem em geral” (ou seja, para eles, o *homo economicus*, maximizador de suas utilidades), buscando sua própria renda (*rent-seeking*), que poderia consistir nos seus ganhos individuais, na redução do trabalho efetivo, ou então no desejo de ampliar sua esfera de decisão. Ao fim, o Estado acaba predado pelos grupos políticos e de pressão, o que levaria, inexoravelmente, ao inchaço dos seus aparelhos, sem correspondentes benefícios para a sociedade. Tal autor propugna então, como remédio, o retorno aos mecanismos de mercado, sempre mais capazes de auto-regulação do que o Estado.⁷

Para essas e outras chamadas imperfeições do mercado,⁸ a teoria responde com os incentivos. Estes seriam mecanismos regulatórios, utilizados por uma autoridade que, entendendo o modo de operação de um determinado mercado e identificando suas “imperfeições”, pretenda que os agentes – produtores e consumidores – ajam ou comportem-se segundo objetivos definidos. Exemplo de incentivo é a utilização de co-pagamento, ou seja, pagamento de parte do serviço pelo consumidor no ato do consumo como forma de reduzir a utilização desnecessária. Tal medida gerou poucos impactos sobre o consumo médico das camadas de maior renda, porém reduziu essa utilização nas camadas de menor renda, um efeito perverso sobre a equidade (Campos, 1995).

Uma outra vertente da teoria econômica, denominada neo-institucionalista, mantém as premissas da racionalidade ilimitada dos agentes econômicos, do individualismo metodológico e da teoria da utilidade, mas afirma que a relação econômica ou os contratos no mercado têm um custo, denominado custo de transação. Este faz que os contratos no interior de uma firma muitas vezes sejam mais vantajosos, o que justifica a incorporação, como assalariados, de setores anteriormente de prática liberal, por exemplo. Como na teoria anterior, os contratos são realizados entre iguais, sem nenhuma relação de poder ou necessidade material: em um contrato de trabalho, o empregado voluntariamente concorda com seus termos, independentemente de ser

7. É importante aqui assinalar que outras correntes teóricas, admitindo o *rent-seeking* como um dado da realidade, atribuem-no à falta de controle social, apontando a necessidade de maior prestação de contas pelo Estado aos cidadãos e mecanismos de participação social nas instituições públicas (Pereira, 1997).

8. Porque, embora existentes na realidade, fogem do modelo teórico.

obrigado a aceitá-lo em razão da necessidade de sobrevivência. A identificação dos incentivos apropriados na relação entre os agentes econômicos e o seu alinhamento, ou seja, o desenho de contratos que respondam aos objetivos a ser alcançados – e nesse caso os mecanismos de pagamento, as formas de contratação dos profissionais de saúde – também são parte importante dessa teoria. Porém, ao contrário da teoria neoclássica, a presença isolada dos incentivos é insuficiente, pois admite-se que os agentes sejam dados a oportunismos, ou seja, sistemáticas violações dos termos dos contratos. Isso ocorreria por uma assimetria de informação entre eles, o que cria a necessidade de um constante e vigilante sistema de gerenciamento para que tais contratos sejam cumpridos ou ajustados às condições constantes do ambiente. Constituem exemplos desse sistema os mecanismos de auditoria.

Em resumo, as principais premissas referentes à ação dos produtores e consumidores de serviços de saúde, segundo essa perspectiva convencional, são: racionalidade ilimitada, informação acessível, objetivo maximizador das utilidades, incentivos baseados em mudança de comportamento e, perpassando todas essas dimensões, análises centradas no comportamento, nas ações e reações do indivíduo livre e isolado, a partir de um dado funcionamento rígido e imutável do sistema econômico.

Críticas a esse sistema de idéias surgem de vários pontos. Uma primeira diz respeito ao individualismo. A ação humana estaria embebida em um ambiente de relações sociais. O sistema social não é imutável ou tende para o equilíbrio. A mudança se dá por fatores internos, como contradições e conflitos entre as classes envolvidas. Outra crítica refere-se ao comportamento humano, que não seria apenas reflexo de leis naturais que independem de sua vontade, ou seja, induzido por incentivos apropriados. Ele seria resultado da consciência, a partir de uma determinada ideologia que surge da mediação entre as formas de vida material e a reflexão do homem sobre elas. O objetivo utilitarista, que, para o caso dos produtores, seria a maximização do lucro, significaria a abstração, para o conjunto da história, de uma ideologia que é derivada do modo de ser burguês, mutante conforme as relações de produção entre os homens. Se a questão do interesse material é fundamental para a reprodução da vida social, no entanto, esta pode ser e é transformada quando não responde mais aos interesses sociais majoritários. Nesse sentido, há de se entender melhor o sistema de saúde não apenas como um sistema de produção de bens materiais, mas seu caráter simbólico ou sua inclusão no sistema de valores hegemônicos – até porque os aspectos políticos e ideológicos da saúde, necessários à reprodução da sociedade capitalista, em geral, podem estar em contradição com o seu aspecto de “mercadoria” (como bem material):

1) Por estarem inseridos nas relações capital-trabalho, os cuidados à saúde constituem uma política de reprodução da população, ou seja, para haver produção, é necessária a manutenção da saúde da força de trabalho atual e das condições para sua reprodução como força de trabalho futura (Possas, 1989).

2) O cuidado do Estado com a saúde é uma das formas de coesão social para que a sociedade não mergulhe na anomia – fragmentação das redes que ligam diferentes camadas sociais com vistas ao equilíbrio social (Castel, 1998). Ou de imposição de uma hegemonia a longo prazo na sociedade de classes, ou seja, uma forma de legitimação política das classes dominantes (Faleiros, 1987).

3) Frequentemente, sobre novas relações de produção, persistem aspectos ideológicos de formações econômicas prévias. Isso pode ser visto em Braudel (1972) ou em pensadores marxistas como Mao (1961). Este último ressalta a possibilidade da existência de uma organização política e de valores culturais (chamados genericamente de superestrutura) que entram em contradição com as formas de produção da vida material (estrutura). Esse fenômeno talvez explique a coexistência de uma ideologia liberal e caritativa em várias categorias de profissionais de saúde, particularmente os médicos, ao lado de relações capitalistas avançadas de produção intra-setoriais.⁹

No caso da atenção médica, enfim, a realidade tem mostrado aos pesquisadores quão complexa é a decisão clínica que possa apenas ser atribuída ao indivíduo livre e isolado interessado em maximizar a sua utilidade, ou seja, seu lucro:

Numerosas forças presentes no processo de decisão clínica têm sido descritas. Estas forças demonstram a complexidade das influências sobre a utilização médica de serviços. Algumas relacionam-se ao auto-interesse econômico dos médicos, ao estilo pessoal e às práticas usuais do meio. Estes fatores podem ser descritos como relacionados à auto-realização do médico. Outras influências relacionam-se ao seu papel como agente do paciente, como seu advogado, cujas decisões são dirigidas pelo desejo de agir em nome da saúde física e econômica assim como das preferências dos pacientes. Ainda outras influências sugerem que a decisão clínica é guiada pelo desejo de prover o máximo de benefícios ao máximo de pessoas, um princípio de maximização do benefício social da atenção médica (...) (Eisenberg, *op. cit.*, p. 18; tradução livre).

Tal abordagem clama pela multicausalidade de fatores que intervêm na decisão clínica. Não se demonstra, no entanto, a existência ou não de uma hierarquia desses fatores. No materialismo dialético, os interesses de reprodução da vida material e conflitos entre os agentes envolvidos no sistema de saúde tornam-se a base de análise sobre a qual elevam-se os fatores propriamente políticos ou ideológicos. Considera-se, no entanto, o duplo caráter da atenção à saúde como bem material e como bem simbólico.

Assim, o médico estaria no meio de uma contradição que envolveria:

- a) seus próprios interesses de reprodução de sua vida material, que podem ou não ser seus lucros, numa visão de curto prazo, mas também seu prestígio profissional e reputação no longo prazo;
- b) o bem-estar do paciente, origem do próprio Código de Ética da profissão;
- c) a missão pública inerente ao caráter simbólico do bem saúde no modo de produção capitalista. Se, inicialmente, os valores relativos à manutenção da saúde estavam relacionados à responsabilidade individual, tendencialmente, esse sistema econômico passou a entender o direito à saúde como parte dos direitos sociais universais, inclusive como forma de legitimação.

As decisões tomadas, longe de comportamentos reflexos, são mediadas pela consciência, e as ações relevantes ocorreriam em um ambiente institucional, no qual têm peso decisivo a escola médica e as corporações profissionais (sindicatos, conselhos, associações de classe) e no qual chocam-se projetos de dominação influenciados pelos outros agentes envolvidos no setor: de interesse lucrativo, como seguros privados e a indústria

9. Ver, também, sob outra perspectiva teórica, Machado (1997).

biomédica; de interesse coletivo, como órgãos de defesa do consumidor e de luta por direitos sociais; ou de interesses de legitimação de grupos políticos que conduzem a sociedade ou financiam o setor, como empresários, em geral.

Assim, contextualizando, pode-se admitir que

(...) os modelos de pagamento são, talvez, os incentivos mais poderosos com que contam os gestores de saúde (...) Através da manipulação dos instrumentos de pagamento, os gestores podem incentivar condutas dos prestadores (...) que alterem: a produtividade e qualidade das prestações, a composição e distribuição da oferta de serviços, a previsibilidade e controle dos custos globais da atenção médica, as formas de vinculação entre médico e paciente e dos profissionais entre si, o registro de informação, etc. (...) Cada modelo tem virtudes e defeitos e estes variam segundo o contexto em que são utilizados (...) (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997, p. 39 e 40; tradução livre).

4 MODOS DE REMUNERAÇÃO

De modo geral, os modos de remuneração ou as transferências financeiras dividem-se em:

- a) *ex post* (pós-pagamento), modo em que o pagamento ocorre após a produção efetiva do serviço;
- b) *ex ante* (pré-pagamento), em que é calculado um valor prévio independente da produção, com base em variados critérios, em geral populacionais.
- c) esquemas mistos em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

Essa classificação geral, por sua vez, apresenta especificidades, conforme se trate do financiamento de profissionais de saúde, entre eles os médicos, e de instituições, como hospitais e clínicas.

Uma questão básica subjacente à discussão sobre os modos de remuneração consiste nos princípios que norteiam o financiamento do sistema em questão. Para um mesmo modo, por exemplo, os resultados podem ser distintos na dependência da lógica reinante. As principais seriam:

- a lógica do seguro – esta baseia-se no princípio segundo o qual os cuidados à saúde são decorrentes de riscos de adoecimento, que são aleatórios, podendo ser mais bem dissipados em se considerando grandes números de indivíduos. Constitui a formação de um fundo, limitado, baseado em cálculo dito atuarial, devendo ser bastante preciso para a garantia da sua saúde financeira¹⁰ e utilizado quando se apresentar um sinistro, no caso a doença que requer cuidados. Esse fundo tanto pode ser de iniciativa de um grupo de indivíduos ou de uma empresa, e é denominado fundo fechado; ou de uma empresa comercial ou não-lucrativa e é constituído de forma aberta a quem quiser aderir. As prestações de saúde estão limitadas pelo fundo. O seguro requer uma responsabilização, em última análise, de quem arca com despesas que fiquem além do disponível no fundo: o indivíduo contratante, a empresa que co-financia seguro para seus

10. São levados em consideração os riscos, ou seja, a morbidade do grupo e os custos respectivos da intervenção.

empregados, decorrente de acordos coletivos, ou a instituição seguradora que lança mão de seus recursos acumulados para cobrir o déficit. A lógica do seguro combina ainda com o financiamento como responsabilidade da esfera individual, seja do próprio indivíduo ou família, seja de uma associação voluntária entre os indivíduos (mutualismo). Mesmo quando associado ao contrato formal de trabalho, com um financiamento misto entre a empresa e o indivíduo, resulta das diferentes capacidades de pressão dos trabalhadores, não se constituindo em direito social. Vários foram os problemas associados ao seguro como forma de viabilizar a responsabilidade individual neste ambiente de custos crescentes da oferta de serviços de saúde e de liberdade de organização de entidades seguradoras (as chamadas falhas de mercado da teoria neoclássica – Musgrove, 1999):

1. Risco moral (*moral hazard*) – incentivo para o segurado comportar-se diferentemente porque tem seguro, ou seja, consumir mais serviços e aqueles de custos efetivos menores (por exemplo, um hospital para um problema simples) e reduzir auto-cuidados preventivos. Em razão desse aumento de utilização, os prêmios (contribuições) seriam mais caros. Musgrove (1999) admite que, nesse caso, há escassas evidências empíricas sobre a sua importância.
2. Seleção adversa – seleção de clientes custosos, adversos ao interesse das seguradoras, em razão da percepção, mesmo distorcida, dos próprios riscos de saúde. Uma resposta para isso é a diferenciação de preço de acordo com o risco, o que acaba expulsando desse mercado parcela da população, até porque o maior risco de saúde agrava as possibilidades financeiras da família.
3. Seleção de risco (*cream-skimming*) – para resguardar-se da falha anterior, as seguradoras desenvolvem sistemas para filtrar indivíduos ou condições especiais de alto risco (como os velhos ou os portadores de determinadas patologias), aumentando seus gastos administrativos ou criando barreiras para a admissão. Isso é particularmente caro para candidatos individuais ao seguro e não quando este cobre grupos populacionais nos quais a possibilidade de seleção adversa é menor e, portanto, o prêmio pode ser mais barato.

As conseqüências identificadas são a iniquidade da atenção, pois os indivíduos de maior risco são aqueles que mais probabilidade têm de não obter seguro ou obtê-lo por um preço alto que agrave seu risco já aumentado. Tornou-se necessário criar um seguro social para os idosos. Além disso, os custos administrativos são significativamente maiores do que em sistemas baseados em seguros sociais.

Uma forma de transição dessa lógica é quando o Estado co-participa do fundo, como no caso do seguro ou previdência social, pois embora teoricamente essa participação esteja limitada, freqüentemente ao Estado cabe lançar mão de recursos gerais para cobrir seus déficits. É importante destacar, contudo, que há diferenças técnicas substanciais entre o seguro privado e o seguro social: o caráter compulsório do último, não selecionando riscos, acarreta uma diminuição dos custos, até mesmo por não demandar despesas com emissão de apólices, propaganda e corretagem. Isso tem como conseqüência a possibilidade de sua extensão a amplos contingentes populacionais, inclusive àqueles dificilmente interessantes para as empresas privadas, como os idosos (Gentile de Mello, 1964; Andreazzi, 1991).

Cabe ainda ressaltar que, mesmo na lógica do seguro, existem soluções para os problemas de seleção de risco, que são as taxas baseadas num custo e risco de uma comunidade e não dos consumidores individuais, mesmo quando não há a compulsoriedade da contribuição. Historicamente, isso ocorreu no início do desenvolvimento do mercado de seguro saúde norte-americano, nos exemplos das Blues (Blue Cross e Blue Shield, planos de pré-pagamento organizados por associações de hospitais privados e médicos, respectivamente), que dominaram o mercado até os anos 1950. Em decorrência da competição com as seguradoras comerciais, as quais praticavam taxas baseadas no indivíduo e tinham como estratégia a seleção de riscos, o que lhes permitia atrair usuários mais jovens e mais hígidos, os custos das Blues aumentaram pela seleção adversa de pessoas mais custosas. A consequência foi a mudança de sua política de preços por questão de sobrevivência no mercado (Sommers e Sommers, 1961; Leyerle, 1994). Tal estratégia, portanto, é bastante difícil de ser alcançada em um ambiente competitivo.

Finalmente, têm ocorrido tentativas de resolver a grave questão conjuntural da seleção de risco, tanto para carteiras de seguro quanto para os prestadores que participam de contratos de remuneração com transferência de riscos (como o *managed care*), com propostas de ajustes de risco, mantendo-se a estrutura competitiva do mercado (Polzer, 1994). Esses ajustes são transferências feitas por uma entidade reguladora entre planos de saúde, baseadas no risco da população coberta, embora esse autor afirme que “(...) enquanto alguns que investiram em desenvolver métodos para ajustar os prêmios pelos riscos estão obstinados quanto às possibilidades, outros pesquisadores são cautelosos sobre o potencial do ajuste de risco; muitos analistas são cépticos (...)” (Polzer, 1994, p. 448; tradução livre).

- a lógica da caridade – seja privada, civil ou religiosa – e da atenção pública residual sobre populações-alvo é o contrapeso da responsabilidade individual e da lógica do seguro, já que elas deixam descobertas parcelas significativas da população. O fundo é limitado por aspectos políticos ligados à legitimação e à pressão política de grupos interessados. Em última análise, cabe aos indivíduos arcar (mais freqüentemente não arcar) com as necessidades que ficarem aquém do fundo.
- a lógica do direito parte do princípio de que grupos de indivíduos (como no caso de trabalhadores formais) ou seu conjunto devem ascender aos cuidados de saúde e de que seu financiamento é de responsabilidade coletiva. Só é viabilizado por meio de um Estado (ou uma forma mais avançada de gerência das coisas públicas) que recolha impostos e contribuições para tal. Não se propõe, como o seguro, a administrar apenas um fundo para cobrir riscos de adoecimento e cuidados daí decorrentes. Uma vez que é sua responsabilidade arcar com outras despesas além do fundo, tende a tratar a saúde de uma forma mais abrangente. Permite ao administrador do fundo atuar sobre os determinantes ligados às condições de vida das pessoas, criando riqueza que lhe permita cobrir necessidades (e custos) crescentes. Os recursos podem ser dinamicamente (no tempo) ilimitados. São certamente colocadas para a sociedade opções de utilização dos recursos conjuntamente limitados. É na decisão sobre as prioridades de alocação dos recursos que se pode avaliar o grau de democracia, ou seja, de afirmação prática das decisões majoritárias no Estado em questão. Ou seja, quanto mais igualitárias são as possibilidades de usufruir dos benefícios criados

pela sociedade, menos permeada por oportunismo será a discussão do tamanho do fundo para cuidados à saúde em relação a outros fundos (como o pagamento de juros das dívidas, por exemplo), mais igualitária também a sua utilização e também mais ética, pois políticas de racionamento acaso necessárias não serão desenhadas em razão do interesse de poucos.

Do ponto de vista da relação dos financiadores com os prestadores de serviço, duas têm sido as estratégias utilizadas: a retenção total do risco pelo financiador, associado a um controle gerencial da utilização de serviços, e a transferência desse risco (também chamada de compartilhamento de riscos). Nesse caso, um ambiente competitivo de móvel lucrativo (a lógica do seguro privado e mesmo do social, que trabalhe com um mercado de serviços de saúde assim organizado) impõe uma pugna, entre os diversos atores (seguradoras e profissionais de saúde), para saber quem arcará mais com os riscos e prejuízos. Estes acabam pesando para o lado econômica e politicamente mais fraco, e recaem até mesmo sobre a qualidade da atenção prestada aos pacientes. Em um outro ambiente, de parceria entre os atores no bem-estar do paciente (lógica do direito e, mesmo, do seguro social, que use seu poder de financiador para regular o mercado de serviços de saúde em outros moldes, não lucrativos e colaborativos), é mais provável que esses riscos e prejuízos possam ser discutidos em bases menos eivadas de oportunismo: numa perspectiva de melhoria da qualidade, com eficiência que colabore para cumprir com os benefícios sociais da atenção à saúde.

Para a descrição das formas de remuneração, será estabelecida uma divisão didática entre profissionais e instituições conforme suas especificidades. Em cada qual, são apresentados os métodos principais: pós-pagamento, pré-pagamento e remuneração global e, também, os ajustes que têm sido preconizados e aplicados na introdução de elementos de outros métodos para contrabalançar tendências não desejadas – as chamadas formas mistas. Estas, aliás, são mais freqüentemente encontradas do que as formas puras (OMS, 1993).

4.1 REMUNERAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As lógicas do financiamento anteriormente citadas correspondem a escolhas que a sociedade faz sobre como dotar de bem-estar seus cidadãos: como se dá a distribuição dos direitos e responsabilidades de contribuição. Em se tratando de fundos a gerir, também têm papel decisivo os interesses mercantis da indústria de seguros privados. Ao contrário, a organização da prestação de serviços está mais ligada às chamadas formas como ocorrem a gestão do trabalho e a propriedade sobre o uso dos recursos materiais no setor saúde. Quando a prestação de cuidados à saúde dependia quase exclusivamente do fator trabalho, em um processo de trabalho artesanal, predominava a forma liberal de organização do mercado em que os vínculos formais entre o profissional e quem o remunerava eram frouxos. Poderosas corporações profissionais, especialmente médicas, auto-regulavam preços e controle de qualidade por meio dos Códigos de Ética. Formas assalariadas vinculadas a uma organização crescentemente capitalista dos serviços de saúde são mais recentes, no bojo das trans-formações tecnológicas e de financiamento já abordadas.

Como financiamento e organização de serviços respondem a lógicas distintas, os sistemas reais de saúde, na dependência de sua história, freqüentemente apresentam combinações diferentes entre modalidades em que predominam fundos públicos, baseados no direito ou no seguro, ou privados, baseados no seguro ou na caridade, e formas de organização dos prestadores também públicas ou privadas, lucrativas e não-lucrativas. Essas combinações denominam-se *mix* público-privado. Entre os financiadores e os prestadores existem relações contratuais mediadas por formas de remuneração cujos mecanismos veremos a seguir.

a) Pós-pagamento

Nesta forma, a remuneração ocorre após a realização efetiva dos serviços.

Sua modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*). Ainda é o modo mais freqüente de relacionamento entre os usuários que pagam diretamente (podendo ou não ser reembolsados pela seguradora) e o seguro privado e seus credenciados. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), essa forma de relacionamento com profissionais privados é residual, em geral complementa carências em áreas específicas (especialidades médicas, dentistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, por exemplo).

O honorário aqui, tradicionalmente, foi estipulado pelo profissional de saúde. Duas tendências de atuação do profissional são identificadas para explicar suas variações. Uma como empresário, que conduz a investigação para o campo da competição como fio condutor da análise. Outra como membro de corporações profissionais de auto-regulação, que a encaminha para o campo do estabelecimento de pisos ou tabelas mínimas de serviços profissionais, tanto para obtenção de posições de força em face dos pagadores dos serviços quanto, para se contrapor a uma competição auto-destrutiva.

Em um primeiro cenário, mais antigo, em que o paciente pagava diretamente pelo serviço, a configuração do mercado e a renda dos consumidores eram fatores importantes para o desenvolvimento das estratégias competitivas dos profissionais: excesso da oferta tendendo à competição por preços; situação de monopólio (um prestador) ou oligopólio (poucos prestadores) levando ao aumento do preço, na dependência da renda dos consumidores. O problema mais relevante, no entanto, foi a chamada demanda induzida pela oferta, ou seja, a utilização de serviços de saúde em razão da recomendação do profissional, dada pela assimetria de informação entre ele e o paciente. Essa demanda tem um peso significativo na explicação da variação da utilização de serviços, já exemplificada no caso de taxas cirúrgicas. Outra consequência foi que a oferta dependia da renda: também é clássico o estudo de Gentile de Mello (1983) correlacionando a presença de médicos e de agências bancárias em municípios brasileiros do interior.

Com a introdução do seguro ou de um terceiro-pagador, seja seguro saúde, privado ou social, ou mesmo fundos públicos que organizam a sua assistência por meio da compra de serviços a profissionais, acaba surgindo a questão da negociação por preços ou o estabelecimento de tabelas. Tanto no interesse de redução de custos por parte do financiador, como de imposição de pisos como resultado de movimentos de autodefesa profissional.

Diz a teoria dos incentivos que o que está implícito nessa forma de remuneração é a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos realizados. Empiricamente, isso foi demonstrado em vários trabalhos nacionais e internacionais. No Brasil, discute-se há algum tempo as razões para a alta taxa de cesarianas encontrada, em relação a outros países (OMS, 1993; Banco Mundial, 1993): atribui-se, inicialmente, ao preço da tabela de remuneração de atos médicos do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e da Associação Médica Brasileira, mais vantajosa monetariamente para a cesariana. Nos anos 1980, introduziu-se na tabela do Inamps e, posteriormente, do SUS, a igualdade entre as duas remunerações, do ponto de vista do ato médico. Pouco impacto, no entanto, foi verificado, o que demonstra a complexidade dos problemas envolvidos.¹¹ Na Noruega (OMS, 1993), comparando-se o pagamento por ato e por salário, foi observado que médicos assalariados gastavam mais tempo nas consultas do que os pagos por ato. Uma outra forma de superfaturamento são as fraudes, ou seja, serviços inexistentes cobrados. Essa modalidade, tomada isoladamente, assemelha-se, para quem paga, a um “cheque em branco” (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997) que dota os gerentes de pouca previsibilidade orçamentária.

No caso da superprodução de serviços de diagnóstico e terapia não diretamente prestados pelo profissional, tornou-se importante identificar e entender a existência das inter-relações deste com os fornecedores de insumos. Já vimos que a incorporação de tecnologias de alto custo tem sido responsável por um aumento significativo dos custos dos serviços de saúde. O outro lado da questão é que ela tem permitido que a lucratividade dos serviços de saúde não dependa apenas do fator trabalho – seja liberal, seja a extração de mais-valia dos trabalhadores. Mudam, assim, os padrões de competição entre serviços de saúde, que ocorrem fundamentalmente por meio da diferenciação de produtos, pela incorporação de tecnologias de ponta. Ou seja, uma das estratégias mais utilizadas pelos profissionais para atrair clientela é a modernização dos equipamentos empregados, o que também ocorre em relação às clínicas de diagnóstico e terapia, freqüentemente montadas para a exploração de determinadas tecnologias. Feldstein (1988), citando trabalho de Reinhardt, ao analisar a utilização de serviços médicos ambulatoriais na Alemanha entre 1965 e 1974 notou que embora a oferta de médicos tenha aumentado rapidamente, sua renda não diminuiu. Isso foi atribuído ao aumento da intensidade de procedimentos por paciente tratado, pois esses profissionais desviaram suas práticas daquelas consumidoras de tempo para outras poupadoras de tempo. E mais, notou que muitos deles modernizaram suas clínicas com equipamentos ou uniram-se a outros profissionais no estabelecimento de laboratórios com fins lucrativos. Sobre a decisão dos ofertantes de serviços de saúde de adquirir tecnologias e prescrever medicamentos e serviços a elas associados e concentra-se boa parte das estratégias de tais indústrias. Sobre a decisão do profissional também concentram-se as estratégias dos donos de clínicas. As outras estratégias da indústria são a propaganda e a divulgação direta ao grande público que, entretanto, novamente, só pode consumir

11. Um dos problemas identificados na tabela é que mesmo igualando-se a remuneração pelos dois atos (cesariana e parto normal) ainda remunerava-se mais pela cesariana em razão do tempo que o profissional dedica a esse procedimento – muito menor do que o parto normal, além de programável. Sem levar em consideração fatores culturais, também importantes, uma estratégia adequada seria aumentar a remuneração do parto normal.

seus produtos por meio do profissional de saúde.¹² As indústrias produtoras desses bens, dos anos 1950 para cá, de ramo da produção em grande medida artesanal, transformaram-se nos ramos mais lucrativos internacionalmente. A partir do desenvolvimento da indústria petroquímica e de eletro-eletrônicos, houve progressiva concentração da produção nesse período.

As empresas líderes em geral fazem parte de grandes conglomerados multinacionais (Tavares, s/ data), porém não podem vender seus produtos diretamente ao mercado, pois dependem, em última análise, do médico. Não é por acaso, portanto, que necessitam cooptá-lo e o fazem de diversas maneiras: financiando pesquisas “científicas”, congressos e viagens, além de outros meios. Da conjugação desses interesses, foi criado nos Estados Unidos o conceito de complexo médico-industrial em similitude ao de complexo industrial-militar. Formado pela indústria de armamentos e pelo Estado, é de interesse desse importante ramo do capital a manutenção do potencial bélico e da política agressiva da nação: empresários e burocratas ora estão na indústria ora no aparelho de Estado, intensificam-se *lobbies* para a alocação de recursos para a guerra, etc. Mecanismos semelhantes também são identificados no complexo médico-industrial. Não decorre disso que o progresso técnico não tenha trazido benefícios para a saúde da humanidade em termos do aumento da sobrevivência e da qualidade de vida. O que ocorre é que ao lado de importantes contribuições científicas, há toda uma modernização que pouco acrescenta em relação às tecnologias anteriores em termos de efetividade, mas aumenta enormemente os custos. Logo, a identificação, para os profissionais, da existência desses interesses e estratégias é importante para a sua criteriosa atuação profissional. Uma contraposição ao problema ocorre mediante ferramenta metodológica da avaliação tecnológica, obviamente realizada de forma independente desses interesses.

Aplicando-se a dialética nesse caso, para o profissional apresenta-se a contradição entre seu próprio interesse de superfaturar, condicionado por sua reputação, que garantiria lucros permanentes, ou seja, no longo prazo, e o bem-estar do paciente, refletido em atenção adequada, em um ambiente de disputa entre grupos de interesses e ideologias. Em geral, quando as duas motivações se igualam, o profissional tende a recomendar uma utilização de serviços maior do que se houvesse uma restrição orçamentária do paciente no ato da utilização do serviço (Dong *et alii*, 1999). Assim, dificilmente o profissional leva em conta os benefícios sociais mais amplos na sua decisão clínica, visto que, na maioria das sociedades atuais, suas opiniões sobre alocação dos recursos sociais não são levadas em conta. Nessa modalidade, ainda, a influência das corporações profissionais é mais diluída dado o caráter isolado da prática profissional.

É importante considerar ainda que o próprio desenho das tabelas de remuneração por procedimentos é um sinal orientador para a oferta dos profissionais: a escolha da especialidade e os procedimentos adotados. Muitas vezes, essas tabelas são negociadas a partir de um determinado processo de produção (tempo gasto, auxiliares envolvidos, uso de procedimentos), que muda ao longo do tempo, sem acompanhamento por parte do financiador – ou elas refletem uma negociação entre grupos profissionais

12. Muito conhecida no meio médico é a chamada “síndrome do Fantástico”: toda segunda-feira acorrem aos consultórios pessoas interessadas nas últimas novidades em diagnóstico e terapia apresentadas no programa Fantástico, veiculado pela TV Globo aos domingos.

de diferentes capacidades de pressão. Outro problema é que tais tabelas podem não refletir diferenças regionais de custos de mão-de-obra, aluguéis, importação de equipamentos etc., o que implica direcionar a oferta segundo seus preços, atraindo-a ou rechaçando-a.

Encontram-se na literatura (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997) referências de que esse método tem como vantagem a boa relação médico-paciente, o que favorece a satisfação do usuário, pois permite e estimula a livre-escolha. Tal afirmação deve ser vista, no entanto, com cuidado, pois a livre-escolha não é exclusiva do pós-pagamento – pode existir nos modelos de pré-pagamento e remuneração por tempo. Além disso, o móvel lucrativo puro, manifestado no incentivo a superproduzir, gera noutro usuário desconfianças sobre os procedimentos, recomendados, se são de fato para o seu bem-estar ou para o do profissional.

O controle da qualidade (e dos custos), nesse caso, é voltado:

- para as fraudes;
- para a utilização dos serviços por meio de uma pré-autorização e de auditoria.

Esses processos são, em geral, caros do ponto de vista administrativo, pois geralmente direcionam-se às contas individuais. Além disso, as autorizações prévias são frequentemente pouco simpáticas à população usuária, pois aumentam o tempo e a burocracia.

Mecanismos de controle de outros custos, que foram utilizados pelo Seguro Nacional de Saúde do Canadá, consistiram na definição de um patamar máximo de utilização, a partir do qual o valor do ato profissional ia progressivamente diminuindo, visando coibir a demanda induzida pela oferta (Marquéz, 1990).

Mais recentemente, tem-se discutido a modificação desse método, a exemplo do que vem ocorrendo com os hospitais por meio do **pagamento prospectivo por diagnóstico ou por pacote de serviços** (OMS, 1993). Ou seja, um pagamento global por caso ou grupo de caso tratado. Assim, dependendo da estrutura do honorário, determinado pelo profissional ou negociado em tabelas, haveria um estímulo para o uso mais criterioso de recursos no pacote de tratamento, dado em termos médios. Os problemas decorrentes referem-se à seleção de casos com custos prováveis superiores a essa média, isto é, com riscos ou condições associadas que aumentam a utilização de recursos.

Nessa perspectiva, recentemente o seguro social norte-americano para idosos (Medicare) iniciou uma forma de pagamento de serviços ambulatoriais dos hospitais (Haugh, 2000) do tipo prospectivo, com a seleção de 451 grupos de pagamento ambulatorial.

b) Pré-pagamento

Neste caso, o profissional recebe um quantia pré-determinada, independente da sua produção de serviços. Em geral, esta é calculada tendo em vista o grupo de pessoas que atende (nesse caso também chamado de pagamento *per capita*). Esse grupo pode buscar o profissional voluntariamente (aqui também denominado de captação) ou lhe ser compulsoriamente adscrito por uma instituição financiadora. Neste último caso, os critérios mais usados são o geográfico ou o ocupacional. O método é mais bem adaptado a médicos e outros profissionais de recorte generalista.

Segundo a teoria dos incentivos, a maximização das utilidades dos profissionais dar-se-ia pela menor utilização de seus serviços a fim liberar o tempo para atender a mais clientes:

- a) mediante uma seleção, quando possível, do grupo populacional, mecanismo semelhante à seleção de risco, ou seja, prioriza populações mais hígdas, as quais utilizarão menos os serviços;
- b) por meio da subatenção, mesmo quando necessária;
- c) mediante o encaminhamento dos pacientes a especialistas, o que diminui a resolutividade da atenção e aumenta os gastos totais com saúde;
- d) por meio de investimento em atividades preventivas para reduzir a utilização de seus serviços.

A imposição de um limite máximo na lista de pacientes tem sido uma medida tomada para a preservação da qualidade da atenção. Uma outra medida nessa direção seria o ajuste da remuneração em função do risco da população, para evitar a seleção de risco. Um exemplo desse processo seria a definição de taxas de capitação maiores para idosos, embora, como dito anteriormente, seus resultados sejam controversos.

Os conflitos do profissional podem resultar em certa tendência de encaminhamento do paciente para especialistas, pois isso não seria danoso aos pacientes, embora os benefícios sociais também não estivessem contemplados. Um exemplo bem conhecido desse tipo de pagamento e seus conflitos foi o praticado pelo Serviço Nacional de Saúde britânico em relação aos seus generalistas.

Os mecanismos de controle de qualidade são mais ágeis do que no caso anterior. No caso da captação, a própria possibilidade de transferência para um outro profissional é um incentivo para o desenvolvimento de uma boa relação com o paciente. Não há necessidade da auditoria conta-a-conta e sim de uma avaliação global da atenção prestada àquele grupo. Uma das dificuldades desse modo de remuneração é o pouco desenvolvimento de indicadores “positivos” da atenção à saúde, que meçam não a doença, como tradicionalmente fazem os indicadores de utilização, mas a sua ausência – a manutenção da saúde, a doença e a complicação evitáveis etc.

Embora haja aqui incentivos para o controle de seu próprio tempo, isso pode se dar tanto no encaminhamento de pacientes para especialistas, como mencionado, quanto na própria superutilização de procedimentos diagnósticos para reduzir o exame clínico, como também ocorre com a remuneração por produção. Tal fato induziu alguns sistemas, como o norte-americano, a introduzir incentivos monetários para o seguimento de determinados padrões de utilização: bônus, pagamento do generalista como “porta-de-entrada” (*gate-keeper*) – em que ele gerencia as prescrições de procedimentos, uso de especialistas e até mesmo, internações (mas não o dinheiro), não podendo o paciente ir diretamente a outros profissionais, em conformidade com os protocolos ou padrões esperados.

Uma variante importante desse método é quando se atribui ao médico uma quantia global, por paciente, para que gerencie a utilização de serviços de diagnóstico e terapêutica e de consultas a especialistas – **capitação com compartilhamento de riscos**: “(...) este desvio proclamou a verdadeira emergência do *managed care*, que, em essência,

é *managed cost* (...)” (Roth, 1997, p. 718; tradução livre). Ao fim de um período de tempo, o profissional poderia tanto arcar com as despesas que ficarem acima do fundo composto pela soma das quantias definidas por paciente quanto, caso essas fiquem abaixo, incorporar essas economias como próprias. Transfere-se aqui para o profissional a mesma lógica do seguro lucrativo, com o agravante de que não são grandes números a gerenciar, nos quais os riscos podem ser mais diluídos, e sim pequenos números: a seleção de riscos, mais grave do que quando somente se considera a remuneração do tempo profissional, a seleção adversa – muitos pacientes com problemas graves sendo atraídos para um profissional de reputação (Feldstein, 1988). A resposta que o mercado de seguros apresentou para o problema foi o resseguro, ou seja, a contratação, pelo médico, de uma apólice de seguros que cubra as despesas consideradas excessivas, o que ameniza mas não resolve o problema, pois a instituição resseguradora continua a fazer seleção de riscos, agora de médicos com carteiras com gastos adicionais volumosos, não resultando em redução de custos (Polzer, 1994).

A teoria convencional aponta que o incentivo, nesse caso, é para a seleção de pacientes pouco custosos e para a redução da intensidade de procedimentos a fim de reter as sobras no fim do período. Ao contrário da remuneração apenas do trabalho, tende-se a reter o paciente, não o encaminhando para especialistas (Roth, 1997), mesmo quando necessário. Esse incentivo, embora atendendo a objetivos de controle de custos, afeta a qualidade, introduzindo conflitos não apenas ideológicos no profissional, mas conflitos diretos entre estes e os pacientes, que por sua vez, tendem a perder a confiança plena na relação (assim também o médico desconfia que o paciente que quer ingressar na sua “lista” esconda, a princípio, suas patologias, por problemas de “risco moral”). Rompe-se, ainda, a perspectiva do trabalho conjunto generalista-especialista para o bem-estar do paciente. Esses conflitos acabam por afetar a imagem social tradicional da corporação médica que, de um móvel humanista e voltado ao bem do paciente, passa para um móvel exclusivamente mercantil. Tal conflito limita o alcance da implantação do método pela resistência que acaba estimulando em grupos profissionais e de usuários, como é o caso, por exemplo, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Andreazzi, 1999). Uma das conseqüências desse fato, nos Estados Unidos, foi a “(...) explosão de legislação para a proteção do consumidor (mais de 100, no Congresso, em 1995) (...)” (Roth, 1997, p. 723; tradução livre). Muitas dessas leis acabam sendo contraproducentes do ponto de vista de uma utilização racional de recursos, pois, por autodefesa, impõem o uso de determinados meios diagnósticos, nem sempre necessários (Andreazzi, 1999).

Do ponto de vista dos resultados, estudos conduzidos para comparar métodos de pagamento com ou sem compartilhamento de riscos nos EUA (como o realizado por Safran *et alii*, 2000, em Harvard) mostraram que

“(...) pagar os médicos por capitação (*versus* por produção de serviços) esteve negativamente associado com a maioria dos indicadores utilizados de avaliação de cuidados primários (acesso, continuidade, integralidade e integração do cuidado, interação clínica, relação interpessoal e confiança do paciente) e a associação negativa foi estatisticamente significativa para medidas relacionadas com a qualidade da relação médico-paciente (...)” (p. 70 e 74).

Shmueli e Glazer (1999) referem que o método resulta em violações sérias dos princípios de equidade, propondo a utilização de variáveis mais flexíveis no cálculo da remuneração.

A economia da saúde tradicional (Feldstein, 1988) admite que um sistema de monitoramento à prova de incentivo para o profissional de subproduzir serviços, mesmo necessários, afetando a qualidade, é difícil de ser desenvolvido e implementado. Recomenda, apenas, a necessidade de manter a livre-escolha (e, portanto, a livre-mudança) tanto do paciente quanto do médico.

Tal método foi o preconizado na reforma do Sistema Nacional de Saúde inglês por Margaret Thatcher, nos anos 1980, reformulado parcialmente na mudança para um governo de corte trabalhista, com Tony Blair, no fim dos anos 1990, principalmente pelos problemas citados. É ainda o método de escolha da indústria de seguros-saúde privada americana, sendo o componente principal da estratégia do *managed care*.

Uma das vantagens gerenciais do pré-pagamento, assim como da remuneração do tempo de serviço, é a previsibilidade orçamentária.

Por diversos motivos, não está completamente estabelecido se de fato tais mudanças nas formas de remuneração reduziram os gastos com serviços ambulatoriais (Kuttner, 1998), o que reforça o argumento segundo o qual as estratégias para o alcance da qualidade e dos gastos não são apenas (e principalmente) da esfera da decisão clínica, e a decisão do médico não reflete, somente, seu interesse material (e muito menos, ainda, seu lucro de curto prazo). A ausência de resultados significativos de propostas baseadas apenas em mecanismos de mercado, após duas décadas de apogeu, retoma a discussão para o campo da gestão por normas e por incentivos não-monetários.

c) Remuneração do tempo de serviço – assalariamento ou formas precárias de relações de trabalho (autonomia, cooperativas)

Neste caso, o profissional dedica parte de seu tempo, que é o fator remunerado, para a atenção aos pacientes. A diferença entre o assalariamento e as outras formas mais precárias é que nestas não há os benefícios sociais que são associados à relação formal de trabalho e que constituem conquistas históricas dos trabalhadores, como férias, aposentadoria, apoio à invalidez etc. A remuneração independe da produção de serviços. Segundo a teoria econômica convencional, o incentivo aqui seria pela ociosidade ou maximização da utilidade do tempo, que se choca, no entanto, com os benefícios para o paciente e com os benefícios sociais. Isso faz que esse comportamento pretensamente incentivado pela forma de remuneração seja majoritariamente utilizado em decorrência de uma baixa remuneração do tempo de trabalho que imponha ao profissional a necessidade de complementar rendimentos com outras fontes.

Novamente encontram-se na literatura (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997) afirmações de que tal forma de pagamento não favorece a relação médico-paciente, o que, além de empiricamente pouco verificável, atribui uma vinculação da relação de salário a apenas determinadas formas de organização do serviço de saúde, que não prevêm a livre-escolha do profissional. Além disso, não consideram possibilidades de controle da qualidade do serviço, a ser realizado pela instituição empregadora e pela própria corporação, aliadas ao controle pela própria população. Ora, o próprio Banco Mundial, em seu documento de 1993 – **Investindo em Saúde** – em sua perspectiva econômica con-

vencional, admite que, vinculando-se o salário pago ao profissional com a satisfação obtida pelo paciente, é possível contornar uma menor influência do paciente no comportamento do prestador de serviço nesse caso. A principal forma de controle é gerencial.

Alguns sistemas têm preconizado a associação de incentivos ligados à produtividade dentro do método de remuneração por tempo de trabalho – **combinação de salário com pagamento por ato**. Os incentivos decorrentes são parecidos ao pós-pagamento por produção: superprodução, freqüentemente por meio da redução do tempo gasto com cada paciente, e utilização excessiva de procedimentos de diagnóstico como forma de substituir o exame clínico adequado, ambas com impactos sobre a qualidade.

Além desses incentivos, alguns sistemas utilizam outros relacionados ao alcance de determinadas metas gerenciais, como o caso recente do município do Rio de Janeiro. Uma análise parcial da implantação do Programa de Produtividade desse município evidenciou, todavia, que o incentivo financeiro, isolado, não foi capaz de promover atitudes e práticas em direção ao cumprimento das metas propostas em razão da falta de participação dos recursos humanos na sua definição e avaliação periódica, e porque dificilmente um conjunto de indicadores quantitativos dá conta da avaliação da qualidade do trabalho de uma unidade de saúde. A eleição de um pequeno grupo de indicadores, em uma conjuntura de arrocho salarial, em que a complementação torna-se indispensável para a sobrevivência da mão-de-obra, a induz ao privilegiamento, apenas, dos procedimentos importantes para o estabelecimento da gratificação em detrimento de outros (Pinheiro e Andreazzi, 1998).

Além disso, existem propostas de **combinação do salário com o pré-pagamento por captação** para médicos de família¹³ que visam introduzir elementos ligados à satisfação do cliente – sua captação e manutenção na lista, assim como a possibilidade de mudança – dentro da segurança da remuneração por tempo.

4.2 REMUNERAÇÃO DE INSTITUIÇÕES – CLÍNICAS, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA E HOSPITAIS

Na história dos serviços de saúde, o hospital destaca-se como a principal instituição centralizadora da prática médica, da pesquisa e das inovações, inclusive no que tange aos serviços especializados de diagnóstico e terapia. Mais recentemente, a organização destes últimos em nível do ambulatório de forma lucrativa constitui uma tendência bastante importante. Os hospitais tradicionalmente pertenciam a organizações religiosas (Roemer, 1989; Glaser, 1991). Entre as transformações que ocorreram após os anos 1950, destaca-se o crescimento de hospitais lucrativos. No Brasil, tais hospitais são constituídos por grupos de médicos com financiamento para investimentos do governo federal e custeio do seguro social (Braga e Paula, 1981). Somando-se aos hospitais públicos, nota-se a diversidade existente no Brasil (e em outros países) entre as formas jurídicas dessas instituições e suas formas de remuneração.

13. Conforme Hésio Cordeiro em Seminário de Avaliação do Programa de Saúde da Família – Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, novembro de 1998; e Roland (1998).

4.2.1 Pós-pagamento

Trata-se, novamente, do pagamento após a realização dos serviços. No caso do uso parcial dos recursos das instituições, como freqüentemente ocorre, por exemplo, no SUS com seus hospitais contratados e nas relações entre seguradoras privadas e seus credenciados, é o método mais factível (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997). No caso dos hospitais, o montante pode ser calculado:

1. Por diária hospitalar. Forma mais comum, utilizada no decorrer do século XX pela maioria dos financiadores em todos os países (Glaser, 1991). O valor total será dado por um valor unitário atribuído a cada diária multiplicado pelos dias de permanência. No hospital, essa diária pode ser diferenciada por clínicas ou determinados serviços (como UTI, por exemplo). Dada a dificuldade de obter com precisão um valor médio para essa diária, uma variante freqüente hoje é a seguir apresentada.

2. Por itens de produção. A diária passa a englobar apenas serviços de hotelaria; os demais serviços, multiplicados por seus valores unitários, são acrescidos para compor a conta hospitalar.

Nos dois casos, tanto a diária como os demais itens podem ser estipulados a partir dos custos observados e a partir de tabelas negociadas entre o prestador e o órgão financiador.

Essa forma de remuneração também é a mais freqüentemente utilizada para serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, em que se remunera, por cada procedimento, seja pelos chamados “honorários costumeiros”, definidos pelo serviço, seja também por tabelas.

Para a instituição prestadora, prevê-se os seguintes incentivos que, todavia, para ser implementados, necessitam de cooptação de profissionais internos envolvidos com a sua implementação. Quando afetam a qualidade, é de se esperar que surjam conflitos internos:

- hospitalizações desnecessárias, no caso de o honorário do médico ser maior para tratamento dentro do que fora do ambiente hospitalar;
- aumento do tempo de permanência, com impactos sobre custos e qualidade, no caso de exposição desnecessária a riscos intra-hospitalares;
- superprodução de serviços, mesmo desnecessários, e fraudes no pagamento por ato;
- no caso do pagamento por diárias, redução da intensidade dos serviços, ainda que necessários, ou até mesmo da seleção de riscos, rechaçando a internação de determinadas pessoas ou condições mórbidas com grande probabilidade de elevar o custo real da internação acima do valor da diária.

Para os financiadores, ocorre a imprevisibilidade orçamentária. Embora o pagamento por diária seja administrativamente simples, no caso do pagamento por ato há a necessidade de desenvolvimento de sistemas minuciosos de informação e auditoria, freqüentemente conta a conta.

3. Pagamento prospectivo por procedimentos. Foi um sistema desenvolvido nos anos 1970 nos Estados Unidos (o chamado *Diagnostic Related Groups* – DRG) e também utilizado no Brasil, nos anos 1980, pela Previdência Social e depois pelo SUS para o pagamento de seus hospitais contratados (por meio de Autorização de Internação Hospitalar – AIH). Por meio de uma classificação detalhada do produto hospitalar, é estabelecido um preço fixo por procedimentos ou diagnósticos baseado em valores médios. O incentivo, para o hospital, é manter o seu custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência (utilizando melhor os recursos empregados no caso), seja, no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado. A principal questão levantada é que os custos dos diagnósticos podem variar com uma série de fatores como idade do paciente, gravidade do caso, patologias associadas. Os DRGs norte-americanos prevêem alguns ajustes, como por idade e área geográfica da internação, custos excepcionais e de ensino (Ugá, 1994); a AIH brasileira exclui da tabela determinados procedimentos em razão de seu alto custo: paga a UTI por diária e determinados medicamentos, próteses e outros materiais itemizados na conta. Além disso, os diagnósticos contidos nas tabelas acabam possuindo diferentes taxas de lucro, seja porque a técnica empregada foi modificada, mas a tabela não acompanhou a mudança, seja por distorções, pois tecnicamente é difícil incluir todos os casos em uma mesma lista (Banco Mundial, 1993). Com o tempo, os prestadores acabam conhecendo quais são os diagnósticos mais vantajosos, o que faz que mudem a informação apresentada ao órgão financiador ou evitem a internação de pacientes com esses diagnósticos. No Brasil, ambas as estratégias são frequentes: tanto o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS apresenta-se eivado de vieses desse tipo¹⁴ como os hospitais, principalmente os privados, apresentam a prática comum de desviarem pacientes com determinados problemas de saúde para outros hospitais (Saltman e Von Otter, 1992; OMS, 1993) – novamente a seleção de risco –, frequentemente para os públicos, o que aumenta o custo destes últimos. Esses sistemas diminuíram as taxas de hospitalização e o tempo médio de permanência hospitalar (OMS, 1993; Ugá, 1994). Não se sabe, no entanto, se isso deveu-se ao estímulo à mudança de técnicas que desviaram casos para tratamento ambulatorial e domiciliar, inclusive casos graves, o que ocasionou um aumento das taxas de mortalidade para esse nível (OMS, 1993; Mooney, 1994; Ugá, 1994).

4. Taxas por casos relacionados por serviços (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997). Esta forma segue a lógica anterior, de forma menos sofisticada: para cada serviço, estabelece-se um preço global, ou pacote, como por exemplo, uma cirurgia determinada, um transplante específico, e assim por diante. Tem sido introduzida, no Brasil, nos contratos entre seguradoras privadas e hospitais.

14. Um pequeno estudo realizado no Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva Nesc da UFRJ – Observatório de Saúde e Qualidade de Vida – ao revisar internações de um determinado hospital municipal, verificou volume significativo de diagnósticos de derrame pleural incompatíveis com outros indicadores epidemiológicos e com as taxas de complicação de pneumopatias revistas na literatura. Isso foi atribuído a pneumonias, estas sim frequentes nas estatísticas de morbi-mortalidade, propositadamente classificadas como derrames, pelo preço maior da tabela. Repare que esta não é uma conduta apenas de hospitais particulares, é agravada pelos valores defasados da tabela e confirma o que Marx (Capital, livro I, v. 1) fala a respeito da competição, que compeliaria os agentes econômicos à ação com vistas à acumulação de capital, mesmo que esta ação seja contraditória com a sua vontade individual, por uma questão de sobrevivência no mercado.

4.2.2 Pré-pagamento

Menos utilizado para instituições do que para profissionais de saúde (Ugá, 1994), possui as mesmas vantagens e problemas. É mais comum encontrar exemplos de sistemas integrados (ambulatoriais e hospitalares) competindo pela oferta de atenção integral às seguradoras privadas ou pelo financiamento público, como é o caso das HMO (empresas médicas de pré-pagamento) norte-americanas que fazem contratos desse tipo com o seguro social (Medicare). No Brasil, guardadas as especificidades (como a utilização da capacidade instalada pública), o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), implantado em 1995 no Município de São Paulo, seguiria essa lógica, pois recebe um percentual fixo por paciente captado. Seus resultados parciais confirmam os problemas decorrentes do pré-pagamento com móvel lucrativo dos prestadores e objetivos de ajuste orçamentário dos financiadores – seleção de risco de casos graves, negligência a formas mais complexas de atenção médica e redução da utilização de exames complementares abaixo do tecnicamente esperado (Oliva, 1999).

Orçamentos globais

São repasses periódicos de um montante de recursos por meio de uma programação orçamentária. Esta, em geral, separa o investimento (recursos novos) da manutenção ou custeio da unidade de saúde. A versão conservadora do método, mais utilizada no Brasil, consiste em uma proposta, em geral elaborada pela unidade prestadora, baseada em um gasto efetuado em período anterior, acrescido de uma taxa de inflação, de uma previsão de investimentos, de uma previsão de aumento de demanda etc. Caso a programação se revele abaixo do real, o financiador suplementa o orçamento, ou não, mediante pressões, ameaças de interrupção de serviços e outros. Dependendo da facilidade ou não da suplementação, há ou não um incentivo para o cumprimento do orçamento. Como este é baseado em uma história prévia, não necessariamente representa a forma mais eficiente de prestar serviços. É dito conservador, porque tende a manter as coisas como estão, sem incentivar a administração a estudar formas melhores de organização. A teoria convencional aponta ainda que, como não se vincula o pagamento a resultados, há uma tendência à baixa produtividade e qualidade (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997), o que, obviamente, é uma análise enviesada pela subestimação de mecanismos de controle normativo e de controle social.

As versões mais modernas do método procuram elaborar a programação orçamentária com base em objetivos, metas e custos reais e comprometer os repasses efetivos com o cumprimento dessas metas, que tanto podem ser relativas à produtividade quanto à qualidade. A contradição aqui existente é se há comprometimento ou não do financiador não apenas com a garantia do efetivo cumprimento das metas e controle de qualidade e com a garantia de suplementações justificadas. Na proposta de descentralização da gestão das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, no contexto mais geral de reforma do Estado e de transformação de muitas instituições públicas em organizações sociais, ocorre uma autonomia administrativa e financeira. O financiamento dessas unidades está contemplado em um contrato de gestão entre a organização e a União no contexto dos orçamentos globais, com base em um programa de trabalho. No entanto, não é garantido o envolvimento do financiador com aquilo que não for previsto, mesmo justificado, o que caracteriza mais uma forma de

transferir problemas para outros atores resolverem, apelando para formas de racio-
namento que comprometem a qualidade e a equidade ou para mecanismos de finan-
ciamento das próprias pessoas, das empresas ou dos níveis descentralizados de governo
(estados e municípios), que significam, em última análise, um aumento de impostos
(Andreazzi, 1999b).

Essa forma incentiva a instituição a se organizar melhor para atender a suas deman-
das. Permite também a participação do conjunto dos trabalhadores da unidade, assim
como da população usuária e do próprio organismo financiador, no planejamento das
atividades e no seu controle, sendo, portanto, bastante adequada aos princípios do SUS.
Não elimina os conflitos de interesses dos profissionais e a disputa entre diferentes ideo-
logias; apenas internaliza no hospital essa discussão, tornando-a mais transparente, na
medida do efetivo mecanismo de tomada de decisões existente. A aplicação do método
dos orçamentos globais não é de todo impossível, mas de mais difícil implementação,
quando existem múltiplos financiadores da unidade, em que a demanda e o recurso
financeiro que a acompanha são mais incertos. Uma de suas principais virtudes é a pre-
visibilidade de gastos (Ugá, 1994).

5 CONCLUSÕES

Por tudo que foi apontado, é de interesse crucial do médico e de outros profissionais
de saúde entender o modo como as formas de remuneração podem impactar os pa-
drões de prática. No entanto, seus determinantes são complexos. Embora existam
formas em que os incentivos puramente financeiros sejam minimizados em favor de
objetivos éticos e técnicos, é preciso lembrar que estes estão inseridos em uma lógica
mais abrangente do sistema de saúde e da própria sociedade.

As formas de remuneração obedecem a uma história de organização das corpora-
ções profissionais cujos interesses e ideologias não são homogêneos. Na fase atual de
avanço de mecanismos de acumulação propriamente capitalistas no sistema de saúde, a
heterogeneidade da categoria médica é, aliás, maior, o que aumenta os conflitos inter-
nos e a busca de hegemonia político-ideológica. A partir desse entendimento, propõe-
se, neste trabalho, que sejam analisadas as formas atuais de remuneração e as propostas
de mudança. O quadro do Anexo sintetiza as mais importantes: as propostas de ajuste
colocadas pela ortodoxia econômica, em uma perspectiva de ajuste, bem como alguns
exemplos de reformulações, em uma perspectiva de preservação da qualidade e num en-
tendimento do controle sobre a utilização como parte, secundária, de enfrentamento
das tendências inflacionárias decorrentes das estratégias do complexo médico-industrial.
Espera-se, ainda, que nesse enfrentamento a maioria dos médicos venha a ser, funda-
mentalmente, parceira e não opositora.

ANEXO

Quadro

SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Método de remuneração	Questões consensuais e empiricamente verificadas	Estratégias "ortodoxas" para gerenciamento dos problemas verificados	Estratégias "heterodoxas" para gerenciamento dos problemas verificados
Pós-pagamento por ato	Superprodução de serviços; fraudes; exige sofisticados sistemas de administração e controle; imprevisibilidade orçamentária; interações desnecessárias; aumento das taxas de permanência hospitalar.	Pagamento por pacotes rígidos. Imposição de barreiras para a utilização: número de procedimentos fixos por mês; incentivos monetários para a redução de determinados procedimentos, como exames complementares.	Imposição de limites máximos de remuneração; informação e educação permanentes e para minimizar influências do complexo médico-industrial; pagamento por pacotes para procedimentos mais padronizáveis; pacotes não rígidos, sujeitos à revisão justificada; auditoria; envolvimento da corporação no controle de qualidade; controle social.
Pré-pagamento	Estimula a manutenção da saúde da população – enfoque da prevenção; subprescrição de serviços; seleção adversa e risco moral; administração e controle mais simples; previsibilidade orçamentária.	"Managed care" – compartilhamento (ou transferência) de riscos com os profissionais. Introdução do resseguro para os profissionais.	Taxas ajustadas conforme riscos; taxas não rígidas, sujeitas à revisão justificada; controle social; introdução de melhores indicadores de resultado e indicadores "positivos"; informação e educação permanentes para minimizar influências do complexo médico-industrial; envolvimento da corporação no controle de qualidade.
Orçamento global ou pelo tempo	Como não estimula distorções baseadas em preço ou quantidade de serviços, permite prática apenas baseada em critérios éticos e técnicos; administração e controle mais simples; previsibilidade orçamentária; pouco estímulo à eficiência e responsividade às necessidades dos usuários.	Introdução de incentivos financeiros à produtividade, sem controle de qualidade; imposição de tetos orçamentários com responsabilização única da instituição dos déficits.	Introdução de elementos de estímulo conforme metas desejáveis – co-participação nas decisões, incentivos monetários e não-monetários; elaboração de programas de trabalho; co-responsabilidade do financiador com as metas pactuadas; controle dos usuários sobre a oferta, prestação de contas; informação e educação permanentes para minimizar influências do complexo médico-industrial; envolvimento da corporação no controle de qualidade.

Fonte: Andreazzi (2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREAZZI, M. A. R. Crise e Gestão da Crise. A experiência cubana de gestão do setor saúde em tempos de crise. *In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos***. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Néry, p. 195-211. 1999.
- ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Tese (Mestrado).1991. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- _____. A medicina de família e o "managed care" (Editorial). **Caderno de Saúde Coletiva** v. 7, n. 2, p. 129, 1999a.
- _____. Privatização de leitos em unidades públicas no Brasil: debate atual, problemas e impactos. *In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*** Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Néry, p. 105-132, 1999b.
- _____. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Textos Didáticos. Rio de Janeiro: Nesc e UFRJ, 2000.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **Am. Econ. Rev.** v. 53, p. 941-73, 1963.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BRAGA, J. M. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**. São Paulo: Editora Cebes-Hucitec, 1981.
- BRAUDEL, F. **História e ciências sociais**. Lisboa: Editorial Proença, 1972.
- BUCHANAN, J. M. **The political economy of the Welfare State**. Stokholm: The Industrial Institute for Economic and Social Research, 1988.
- _____. **Essays on political economy**. Honolulu: University of Hawaii Press, 1989.
- CAMPOS, A. C. Normativismo e incentivos: contributo da Economia para a administração da saúde. *In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.) **Economia da saúde: conceito e contribuição para a Gestão da Saúde***. Brasília: Ipea, 1995.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.
- DONG, H.; BOGG, L.; REHNBERG, C; DIWAN, V. Health Financing Policies. Providers' Opinions and Prescribing Behavior in Rural China. **Intl. J. of Technology Assessment in Health Care** v. 15, n. 4, p. 686-698, 1999.
- EISENBERG, J. M. Doctor's Decisions and the Cost of Medical Care. The reasons for doctor's practice patterns and ways to change them. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press Perspectives, 1986.
- FALEIROS, V. P. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez Editora, 1987.
- FELDSTEIN, P. J. **Health care economics**. New York: Delmar Publishers Inc., 1988.

GENTILE DE MELLO, C. O seguro saúde no Brasil. **Revista do IRB**. v. 25, n. 146, p. 37-8, 1964.

_____. A epidemiologia da cesárea. *In: Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes-Hucitec, p. 121-129, 1971.

_____. Os planos de saúde. *In: A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda, p. 21-24, 1983.

GLASER, W.A. **Health insurance in practice**. San Francisco, Oxford: Jossey-Bass Publishers, 1991.

HAUGH, R. A new era in outpatient care. **Hospitals and health networks**. v. 74, n. 6, p. 44-48, 57, 2000.

KUTTNER, R. **Everything for sale: the virtues and limits of markets**. New York: Alfred Knopf, 1998.

LEYERLE, B. **The private regulation of American health care**. New York. London: M. E. Sharpe Inc., 1994.

MACHADO, M. H. (Coord.) Características sociológicas da profissão médica. *In: MACHADO, M. H. (Coord.) Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, p. 21-49, 1997.

MAO TSE-TUNG. Sobre a contradição. *In: Obras escolhidas*, Volume Primeiro. Rio de Janeiro: Editorial Vitoria Ltda, [1937] 1961.

MARQUÉZ, P. Containing health costs in the Americas. **Health policy and planning** v. 5, n. 4, p. 299-315, 1990.

MÉDICI, A. **Economia e financiamento do setor saúde: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

MOONEY, G. Competition and incentives more generally. *In: Key issues in health economics*. London: Harvester Wheatsheaf, 1994.

MUSGROVE, P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. *In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Néry, p. 63-103. 1999.

OLIVA AUGUSTO M. H. Atuação estatal na área de saúde pública: discussão de algumas experiências. *In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Néry, p. 177-194. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Report of a WHO Study Group. **WHO Technical Report Series**, n. 829. Geneva: OMS, 1993.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. **BIB**, Rio de Janeiro, v. 44 (2º semestre), p. 81-103, 1997.

- PINHEIRO, G. F.; ANDREAZZI, M. F. S. Avaliação de desempenho e compensação salarial no setor público de saúde: o caso do Município do Rio de Janeiro. **Caderno de saúde coletiva** v. 6, n. 2, p. 105-131, 1998.
- POLZER, K. The Role of Risk-adjustment in National Health Reform. **Academic medicine**, v. 69, n. 6, p. 445-451, 1994.
- POSSAS, C. A. **Epidemiologia e saúde**. São Paulo: Editora Cebes-Hucitec, 1989.
- ROEMER, M. National Health Systems as Market Interventions. **J. public health policy**. Spring, p. 62-77, 1989.
- ROLAND, M. Capitation Contract Financing of Primary Health Care: a Possible Alternative to Traditional Payment for Service, part 1. **Revue médicale de Bruxelles**. v. 19, n. 6, p. 483-493, 1998.
- ROTH, B. E. The Current Health Care Environment and Stages of Market Development. **Gastroenterology Clinic of North America** v. 26, n. 4 p. 715-724, 1997.
- SAFRAN, D. G. *et alii*. Organizational and Financial Characteristics of Health Plans. Are they related to primary care performance? **Archives of internal medicine**, v. 160, p. 69-76, 2000.
- SALTMAN, R. B.; VON OTTER, C. **Planned markets and public competition**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1992.
- SHMUELI, A.; GLASER, J. Addressing the Inequity of Capitation by Variable Soft Contracts. **Health Economy** v. 8, n. 4, p. 335-43, 1999.
- SOMMERS, H. M.; SOMMERS, A. **Doctor, patients and health insurance** Washington, DC: Brookings Institution, 1961.
- TAVARES, R. **Equipamento e tecnologia médica** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, s/ data. (mimeo).
- TOBAR, F.; ROSENFELD, N.; REALE, A. Modelos de pago de servicios de salud. **Cuadernos medico sociales** v. 74, p. 39-52, 1997.
- UGÁ, M. A. D. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. *In*: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **O financiamento da saúde no Brasil**. Brasília: Representação do Brasil, 1994. (Série Economia e Financiamento, n. 4).

EDITORIAL

Gerente

Silvânia de Araujo Carvalho

Revisão

Luciana Soares Sargio

Sarah Ribeiro Pontes

Allisson Pereira Souza (estagiário)

Constança de Almeida Lazzarin (estagiária)

Editoração

Iranilde Rego

Aeromilson Mesquita

Elidiane Bezerra Borges

Roberto Astorino

Reprodução Gráfica

Antônio Lucena de Oliveira

Edilson Cedro Santos

Apoio Administrativo

Tânia Oliveira de Freitas

Wagner da Silva Oliveira

Divulgação

Geraldo Nogueira Luiz

José Carlos Tofetti

Brasília

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

10º andar – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 315-5336

Fax: (61) 315-5314

Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro

Av. Presidente Antônio Carlos, 51,

14º andar – 20020-010 – Rio de Janeiro – RJ

Fone: (21) 3804-8118

Fax: (21) 2220-5533

Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

URL: <http://www.ipea.gov.br>

ISSN 1415-4765

Tiragem: 130 exemplares