

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

LUCIMARA IVIZI BUCK

**Análise do modelo de remuneração médica por
produção em cooperativas de trabalho médico com
base na teoria dos custos de transação**

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

LUCIMARA IVIZI BUCK

**Análise do modelo de remuneração médica por
produção em cooperativas de trabalho médico com
base na teoria dos custos de transação**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Gestão de
Organizações de Saúde

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto
Gabrielli Barreto Campello**

RIBEIRÃO PRETO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Buck, Lucimara Ivizi

Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação / Lucimara Ivizi Buck; Orientador, Carlos Alberto Gabrielli Barreto Campello. Ribeirão Preto, 2018.

66p.; il. 30cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

1. Remuneração médica.
2. Modelos de remuneração.
3. Operadoras.
4. Cooperativas médicas.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: BUCK, Lucimara Ivizi

Título: Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Dedicatória

Aos meus pais José e Virgínia, com todo o amor de filha, eternamente grata pela oportunidade que me foi dada de estudar.

Aos meus queridos, Mário, Amanda, Augusto e Letícia, com carinho e amor pela compreensão da ausência em alguns momentos, dedicados ao estudo, e minha gratidão por sempre apoiarem meu crescimento profissional.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Dr. Carlos Alberto Gabrielli Barreto Campello, pela dedicação, orientação e competência em passar seus ensinamentos para produção desse trabalho.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, que passaram importantíssimos ensinamentos, que com certeza, serão aplicados em minha carreira profissional.

Agradeço a todos os funcionários, em especial à Maria Cláudia, que sempre agiu de modo solícito em todas as situações.

Agradeço à Diretoria da Unimed Alta Mogiana Cooperativa de Trabalho Médico, pela compreensão dos dias que precisei me ausentar do trabalho para o cumprimento dos créditos.

Agradeço também à Diretoria da Unimed Federação Intrafederativa Nordeste Paulista, pelo apoio para a realização desta pesquisa e à coordenadora da secretaria, Sra. Maria Elisete Gonçalves, pela ajuda em todo este processo.

A todos os dirigentes das cooperativas que responderam à pesquisa, obrigada pelo tempo e pela clareza nas respostas das questões apresentadas.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Epígrafe

“O tempo irá passar de qualquer forma, então passe ele estudando”

José Ivizi , meu pai.

Resumo

BUCK, L. I. **Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação.** 2018. 66f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2018.

A regulação do setor de Saúde Suplementar Brasileiro vem nos últimos anos cada vez mais atuante. Gerir custos desse setor envolve lidar com variáveis com valor agregado alto e receitas estáveis de difíceis aumentos de valores. Torna-se imprescindível um esforço para repensar as formas de remuneração adequadas para criar um pagamento equitativo que contemple um ajuste nos resultados. Através de pesquisa bibliográfica primeiramente esse trabalho apresenta as principais formas de remuneração do trabalho médico nesse setor e os conceitos da Teoria da Economia dos Custos de Transação. O trabalho busca analisar através da Teoria dos Custos de Transação o modelo predominante de remuneração médica na saúde suplementar do Brasil. Através de entrevistas realizadas com gestores das Unimed's da região nordeste paulista analisa-se a existência dos fatores: oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente para a ocorrência dos custos de transação no modelo de remuneração por produção.

Palavras-chave: Remuneração médica. Modelos de remuneração. Operadoras. Cooperativas médicas.

Abstract

BUCK, L. I. **Analysis of the model of medical remuneration for production in medical labor cooperatives based on the transaction cost economics theory.** 2018. 66f. Master's (Dissertation) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2018.

The regulation of the Brazilian Supplementary Health section has recently become more active. To manage the costs of this section involves dealing with changeable added values and stable incomes of difficult value increase. It takes an indispensable effort to rethink the proper maintenance reforms to create an equitable payment that shows and adjustment of the results. Through bibliographic research, firstly this article presents the main forms of medical labor remuneration in this section and the concepts of Transaction Cost Economics Theory. The article aims to analyze, through the Transaction Cost Theory, the predominant model of medical remuneration in the Brazilian supplementary health. Throughout interviews performed with UNIMEDs managers of the northeast region of São Paulo state, it could have been analyzed the existence of the factors: opportunism, uncertainty and a complex environment for the occurrence of transaction costs in the production-based remuneration model.

Key words: Medical remuneration. Remuneration models. Operators. Medical cooperatives.

Lista de Tabelas

Tabela 1 -Diferentes atributos das estruturas de mercado, híbrida e hierárquica.....	35
Tabela 2 - Modelos de remuneração por operadoras	45
Tabela 3 - Custos de transação e evidências da pesquisa	51
Tabela 4 - Custos de transação e contribuições.....	55

Lista de Siglas e Abreviaturas

AMB-	Associação Médica Brasileira
ANS-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBHPM-	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CFM-	Conselho Federal de Medicina
P4P-	<i>Pay for performance</i>
RDC-	Resolução da Diretoria Colegiada
RN-	Resolução Normativa
Sinamge-	Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo
Unimed-	União dos Médicos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Problema de pesquisa	18
1.2. Justificativa	18
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Objetivo Geral	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. PERFIL DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	21
3.1. Administradora de benefícios	22
3.2. Cooperativa médica	23
3.3. Medicina de grupo.....	23
3.4. Filantropia	24
3.5. Seguradoras.....	24
4. MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA.....	25
4.1. Formas de remuneração	26
4.1.1. Por procedimento ou <i>fee for service</i>	26
4.1.2. Capitação ou <i>capitation</i>	27
4.1.3. Salário.....	27
4.1.4. Pacote.....	27
4.1.5. Por desempenho ou performance (P4P)	28
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
5.1. Teoria da Economia dos Custos de Transação.....	30
5.2. Estrutura de governança.....	34
6. CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
6.1. Considerações éticas.....	38
6.2. Tipo de estudo	38
6.3. Coleta de dados.....	38
6.4. Análise de dados	39
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
7.1. Cooperativas médicas	41
7.2. Respostas ao questionário aplicado	44
8. CONCLUSÕES	52
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
10. APÊNDICES	60

1. Introdução

Muitos são os fatores que colaboram com o aumento dos gastos no setor de saúde suplementar, podendo ser destacados: incorporação dos avanços tecnológicos nos procedimentos cobertos pelos planos de saúde, mudança do perfil etário da população (envelhecimento), crescente judicialização da medicina forçando a utilização de técnicas ainda experimentais e de alto custo, além de medicamentos, órteses e próteses de custos elevados. Nesse contexto, remunerar o trabalho médico e compensar toda a dicotomia entre custos fixos (insumos) e pagamento de honorários, que se tornaram defasados comparados ao custo geral de procedimentos, se torna um grande desafio.

Os médicos buscam, assim, compensar os pagamentos gerando mais atendimentos e procedimentos, o que não colabora para o fechamento da conta das operadoras de plano de saúde, que são obrigadas a manter a estabilidade econômica financeira exigida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A remuneração atual de grande parte dos honorários médicos é baseada na tabela elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em 2003 foi lançada uma tabela denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que ainda não foi implantada na maioria das operadoras. Porém, todas essas tabelas contemplam pagamentos de acordo com o código do procedimento sem levar em conta outros fatores como experiência do profissional, dedicação, envolvimento, atualização profissional, entre outros. São critérios subjetivos, mas que não podem ser excluídos de uma avaliação justa de pagamento.

Todo esse contexto, quando levado às cooperativas médicas, intensifica sua complexidade por estas terem os seus cooperados presentes não só na produção, mas também na gestão da operadora, que precisa do trabalho médico bem remunerado e também da estabilidade financeira da cooperativa.

Para o presente estudo foi realizada revisão da literatura, buscando preceitos da Teoria dos Custos de Transação, que orientaram as análises do mesmo. Também foi feita uma abordagem do setor de saúde suplementar com o objetivo de contextualizar o estudo. De acordo com seus objetivos, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória com o propósito de proporcionar maior familiaridade com o

problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2016, p. 27).

Foram realizadas entrevistas com gestores das 17 Unimeds que compõem a região nordeste paulista, com discussões acerca das respostas confrontando com o referencial teórico.

O estudo foi estruturado da seguinte forma: primeiramente, foi realizada a contextualização do setor de saúde suplementar, abordando as diferentes modalidades de operadoras; foram apresentados os modelos ou formas mais frequentes de remuneração médica utilizadas na Saúde Suplementar no Brasil; realizou-se o referenciamento teórico com a teoria da economia dos custos de transação; foi analisado o sistema de remuneração com base na Economia dos Custos de Transação; verificada a percepção dos dirigentes quanto a estes custos e sugeridas alterações com base nos Custos de Transação.

1.1 Problema de pesquisa

O problema principal deste estudo foi verificar “com base na Teoria dos Custos de Transação, qual a percepção dos dirigentes de cooperativas médicas sobre o modelo predominante de remuneração médica por produção ou “fee for service”.

1.2 Justificativa

Nos últimos anos, a regulação do setor de Saúde Suplementar Brasileiro está cada vez mais atuante. Gerir custos desse setor envolve lidar com variáveis com alto valor agregado e receitas estáveis de difíceis aumentos de valores. Torna-se imprescindível um esforço para repensar as formas de remuneração adequadas para criar um pagamento equitativo que contemple um ajuste nos resultados. Nesse sentido, o presente estudo buscou apresentar a percepção de gestores sobre essa necessidade de mudança e analisar o modelo atual predominante de pagamento por produção, que se presume gerar custos de transação pautados, principalmente, nos fatores oportunismo, complexidade e incerteza do ambiente.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos dirigentes de cooperativas médicas sobre o modelo de remuneração médica por produção, assumindo os pressupostos da teoria dos custos de transação.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os modelos de remuneração predominantes no setor de saúde suplementar do Brasil;
- Avaliar os fatores: oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente como determinantes dos custos de transação do modelo de remuneração por produção;
- Identificar a percepção dos gestores de cooperativas médicas sobre a necessidade e importância da mudança de modelo.

3. Perfil do Setor de Saúde Suplementar

Para discutir os modelos de remuneração médica é necessário delinear primeiramente o setor de saúde suplementar brasileiro. Atualmente, o setor de saúde suplementar é responsável pela atenção à saúde de 47.898.787 brasileiros, segundo dados da Agência Nacional de Saúde de dezembro de 2016, correspondendo à cerca de 23,37% da população brasileira atual.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 39, de 27/10/2000, da ANS (BRASIL, 2000b), define as operadoras de planos de assistência à saúde, as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar e os planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998. O capítulo II da mesma RDC, artigo 3º, classifica as operadoras de acordo com o tipo de atenção, dividindo-se em:

Art.3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras (BRASIL, 2000a).

O capítulo IV, artigo 10, da RDC n.º 39, classifica as operadoras em modalidades diferentes, que foram analisadas separadamente, devido ao fato de que cada modalidade pode instituir um modelo de remuneração predominante, em decorrência das formas de contratação do trabalho médico.

3.1 Administradora de benefícios

A Resolução Normativa (RN) n.º 196, de 2009, no seu artigo 2º descreve como Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos. Uma característica desse tipo de operadora é a não existência de rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médicos-hospitalares para ser oferecida

aos seus clientes. Cabe a ela, principalmente, oferecer planos para associados das pessoas jurídicas, apoio técnico, negociação de reajustes e apoio consultivo do plano contratado. Essa modalidade de operadora não assume o risco decorrente da operação do plano de saúde.

3.2 Cooperativa médica

Conforme a RDC n.º 39, de 2000, no seu artigo 12, classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. Esta Lei, nos seus artigos 3º e 4º, dispõe sobre a constituição da cooperativa, em que pessoas se reúnem para produção de um bem ou serviço de mesma atividade econômica para prestar serviços aos associados. Essas operadoras podem comercializar planos para pessoas físicas ou jurídicas, constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros. Essa modalidade de operadora surgiu na década de 1960 pela iniciativa do ginecologista obstetra Edmundo Castilho e de um grupo de médicos que queria evitar a intermediação das empresas, respeitando a autonomia dos profissionais e o atendimento em consultório. Também desejavam oferecer a mesma qualidade de assistência aos diferentes níveis existentes nas empresas. Surgiu, então, a primeira cooperativa de trabalho médico do país e das Américas: a União dos Médicos (Unimed), fundada na cidade de Santos-SP, em 1967. Hoje o Sistema Unimed está presente em 84% do território nacional, formado por cerca de 348 cooperativas médicas e mais de 114 mil médicos cooperados.

3.3 Medicina de grupo

A RDC n.º 39/2000 define a Medicina de Grupo como aquela que comercializa planos de saúde para pessoa física ou jurídica. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas). Esta modalidade de operadora cobre cerca de 30% dos clientes da Saúde Suplementar brasileira. O chamado Sistema Abrange, que engloba ainda o Sindicato

das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), representa institucionalmente essas empresas junto aos órgãos federais, estaduais e municipais.

3.4 Filantropia

No artigo 17 da RDC nº 39, essa modalidade de operadora é definida como entidade sem fins lucrativos que opera Planos Privados de Assistência à Saúde e tenha obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social, emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

3.5 Seguradoras

Enquadram-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde. As seguradoras não possuem rede própria de atendimento, utilizando uma rede referenciada. Diferente do plano de saúde, trata-se de plano de custeio, garantindo aos segurados reembolso parcial ou integral de despesas. Essa modalidade também segue as normativas da ANS.

4. Modelos de Remuneração Médica

Antigamente, a remuneração médica chamava-se “honorário” (em latim, significa reconhecimento), como herança da medicina Hipocrática, quando o paciente era quem dizia quanto valiam os honorários médicos, relacionado com seu grau de agradecimento e de acordo com sua capacidade econômica (URQUIZA, 2008). Um sistema de remuneração que consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas, comportando formas variadas. Sejam quais forem os princípios que norteiam sua elaboração, trata-se de uma forma de controlar o comportamento dos membros da organização, com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, esse é um modo de garantir que a empresa realize suas tarefas de tal maneira que possa alcançar seus objetivos (CHERCHIGLIA, 1994).

4.1 Formas de remuneração

Dentre as várias formas de remuneração médica utilizadas na Saúde Suplementar, as mais frequentes nas operadoras brasileiras são: pagamento por procedimento ou *fee for service*, capitação, salário e pacotes. Existe também uma tendência, dentro de unidades hospitalares, do pagamento por desempenho.

4.1.1 Por procedimento ou *fee for service*

Forma de pagamento retrospectiva ou de pós-pagamento, mais utilizada atualmente para a remuneração do trabalho médico e também de serviços hospitalares. Essa forma de pagamento remunera o trabalho de forma individual, item a item. Tem como vantagens alta produtividade, alta satisfação dos médicos, favorece a boa relação médico-paciente e o cálculo da remuneração é relativamente simples (BESSA, 2011). Está implícita nessa forma de remuneração a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos médicos realizados e, se os preços desses atos passam a ser controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos (MEDICI, 1995). Esse modelo de remuneração não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou

eficiência dos profissionais, não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente (BESSA, 2011).

4.1.2 Capitação ou *capitation*

Modelo de remuneração prospectivo que dispõe de um médico generalista para atender determinados grupos populacionais mediante pagamento de preços fixados de acordo com a quantidade de pessoas atendidas, por determinado período, independente do tipo e da quantidade de serviços prestados (BESSA, 2011). Esse modelo incentiva a relação médico paciente buscando eficiência e evitando procedimentos desnecessários. Tem também a característica de incentivar as práticas preventivas e educação em saúde. Não exige um sistema de faturamento e o custo é previsível, existindo um sistema de controle de lista de pacientes (AMORIM, 2016).

4.1.3 Salário

Outra forma de remuneração prospectiva é a forma de pagamento clássico, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho (décimo terceiro salário, férias etc). A remuneração independe da produção de serviços (BESSA, 2011) e é, habitualmente, estabelecida de acordo com a qualificação ou experiência profissional e não é alterada pela maior ou menor produção de serviços. Como efeito adverso pode gerar uma mentalidade burocrática, desestimular a produção ou, ainda, despreocupação pela qualidade e satisfação do usuário (GOMES, 2010).

4.1.4 Pacote

Outra forma usual de pagamento é o pacote, que fixa o preço de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos e transfere para o prestador o risco de custos adicionais ao valor fixado. O prestador tem maior

participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante. Vários serviços, diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos podem compor um pacote com preço fixo, que geralmente é utilizado para contratar prestadores hospitalares em determinados tipos de procedimentos. A crítica é que a razão para tal integração é, fundamentalmente, a redução de custos e não a melhoria do valor ao cliente final (BESSA, 2011). Esse modelo de remuneração propicia a previsibilidade das despesas e elimina os conflitos existentes nos sistemas de cobrança e pagamento.

A operadora tem melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento acordado. Trata-se então de um preço pré-estabelecido por procedimento. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, reduz custos e praticamente elimina os conflitos do sistema de cobrança e pagamento (BESSA, 2011, p. 43).

4.1.5 Por desempenho ou performance (P4P)

“Pay for performance” (P4P) - pagamento em função do desempenho ou “value based purchasing”. Tem como objetivo recompensar médicos e outros profissionais de saúde quando desempenham corretamente as suas funções. Busca a melhoria da qualidade, premiando a excelência e minorando as perversidades das modalidades de pagamento que não contemplam esse objetivo. Paga-se pela performance em indicadores pactuados previamente entre médicos e fonte pagadora (AMORIM, 2016).

As premissas básicas que precisam ser consideradas na organização de um programa baseado em desempenho são: ênfase no paciente; envolvimento dos médicos na construção e no desenho do programa; participação voluntária; indicadores baseados em sólida evidência científica e premiação pela alta qualidade do cuidado (GOMES, 2010). Os incentivos aos médicos podem ser financeiros ou não, e todo o programa bem como os critérios de premiação, precisam ser transparentes (BESSA, 2011).

5. Referencial Teórico

5.1 Teoria da economia dos custos de transação

A teoria econômica clássica assume como premissa a existência de um mercado perfeito, no qual a informação é completa e flui suavemente entre os agentes (que são racionais), os equipamentos funcionam eficientemente e o ambiente é estável, previsível e certo. Sob tais condições, os recursos são aplicados, essencialmente, na produção de bens e serviços, uma vez que o custo que incorre aos participantes para se realizarem as trocas é mínimo. Como resultado, as partes envolvidas no processo de troca operam de maneira autônoma e independente, sendo o mercado composto por indivíduos - e não organizações - que compram e vendem interagindo diretamente uns com os outros (FERREIRA, 2013).

A Nova Economia Institucional é um programa de pesquisa que surgiu da crítica ao tratamento inadequado dado pela teoria neoclássica à compreensão do funcionamento das firmas e mercados. Está inserida em uma corrente de pensamento mais abrangente que emanou da Teoria da Organização Industrial Moderna. O argumento central da Nova Economia Institucional é o de que:

as instituições formais e informais de uma sociedade serão tanto mais compatíveis com o progresso econômico quanto mais elas permitirem aos indivíduos liberarem seu potencial produtivo e criativo. Isso acontecerá quando as leis, os costumes, a prática social e econômica e as organizações favorecerem a iniciativa individual e a cooperação através de mecanismos impessoais, principalmente garantindo os direitos de propriedade e gerando uma estrutura de preços relativos que premia as atividades produtivas (BUENO, 2003, p. 14).

Possui duas vertentes teóricas: a primeira vertente que focaliza a análise do desenvolvimento econômico à luz dos diferentes arranjos institucionais e o surgimento das firmas e a segunda focaliza as Estruturas de Governança e a Teoria dos Contratos, em que está inserida a teoria dos custos de transação.

A teoria da economia dos custos de transação foi desenvolvida por Ronald Coase, em 1937, com a publicação do livro "The Nature of the Firm". Porém, somente a partir dos anos de 1970, foi que essa teoria obteve maior desenvolvimento com os trabalhos realizados por Oliver Williamson e Douglas North, que buscavam identificar os tipos e as quantidades de organizações existentes e

responder o que ficou conhecida como a questão Coasiana, ou seja, se existem mercados, porque existem firmas? (WILLIAMSON, 1998). Coase argumenta que a larga adoção de empresas como forma organizacional implica não somente o fracasso da ideia de mercado perfeito, como também evidencia relevantes custos, além daqueles associados à produção de bens e serviços.

Azevedo (2000) destaca que, em função da existência e da importância dos custos transacionais, há a necessidade da construção de estruturas de governança que permitam lidar com a incerteza e a variabilidade existente, reduzindo o comportamento oportunista e atenuando esses custos. Enquanto Coase afirmava que custos de transação seriam os de utilizar o mercado, a abordagem de Williamson mostra a necessidade de comprar alternativas (arranjos) institucionais, ou seja, certas transações podem ocorrer em diversas estruturas de governança com diferentes níveis de eficiência relativa.

A eficiência de determinada transação depende da forma organizacional (ou de sua estrutura de coordenação) estabelecida, na qual a ineficiência provocada por uma estrutura organizacional pode ser expressa pelo menor número ou volume de transações. Além de desconsiderar a simetria de informação, os teóricos dos custos de transação descrevem um conjunto de hipóteses que fariam com que estes custos fossem significativos. Seriam, portanto, fatores determinantes dos custos de transação: (i) racionalidade limitada, (ii) complexidade e incerteza, (iii) oportunismo e (iv) especificidade de ativos (FIANI, 2002).

A racionalidade limitada deve-se ao fato de que os agentes econômicos não podem prever e processar todas as contingências devido às limitações cognitivas. Há relação entre a racionalidade limitada, característica dos agentes econômicos e a incerteza, característica do ambiente na qual se realiza a transação. Azevedo (2000) enfatiza que quanto mais limitada for a racionalidade, maior será a incerteza que vigora em um ambiente. A racionalidade limitada faz, ainda, com que os contratos sejam incompletos, apesar de ocorrerem adaptações e negociações contratuais, com o emprego de medidas de salvaguarda, buscando a redução da incerteza nas transações. Dada a limitação de racionalidade, os agentes econômicos são incapazes de prever e estabelecer medidas corretivas para qualquer evento que possa ocorrer quando da realização da transação, de modo que as partes

envolvidas devem levar em conta as dificuldades derivadas da compatibilização de suas condutas futuras e garantir que os compromissos sejam honrados. É nesse contexto que as formas organizacionais adquirem importância na avaliação da eficiência do sistema econômico (BURLAMAQUI; FAGUNDES, 1993, p. 127).

A incerteza é um atributo das transações que exerce influência sobre as características das instituições na medida em que a maior ou menor capacidade dos agentes em prever os acontecimentos futuros pode estimular a criação de formas contratuais mais flexíveis que regulem o relacionamento entre as partes envolvidas na transação. Tal flexibilidade é fundamental em um contexto de incerteza, em que o surgimento de eventos não antecipados implica na necessidade de mecanismos que viabilizem a adaptação da relação entre os agentes econômicos (FAGUNDES, 1997, p. 9).

Para North (1990), o uso de contratos seria uma forma de reduzir as incertezas e os elevados custos transacionais para reunir informações, negociar e monitorar todos os agentes envolvidos no processo econômico; pois além de dar garantias legais aos negócios, resolveria algumas questões relativas à assimetria de informações existente. Portanto, os custos transacionais econômicos relacionam-se com a racionalidade limitada, que tem efeito sobre as organizações econômicas, já que os contratos são complexos e incompletos inexoravelmente, fazendo com que o oportunismo possa surgir em virtude da fragilidade dos mesmos, que não são autoexecutáveis. Assim, o oportunismo surge como outro comportamento que os agentes podem apresentar durante as transações e que pode levar a uma conduta aética, elevando os custos transacionais.

Oportunismo, segundo Fiani (2002), é a transmissão de informação seletiva, distorcida e de promessas autodesacreditadas sobre o comportamento futuro do próprio agente. Nesse caso, o termo oportunismo está essencialmente associado à manipulação de assimetrias de informação, visando apropriação de fluxos de lucros.

Williamson (1985) relata que a existência de relações em que ocorram fatores como ligações de parentesco, de amizade, de lealdade pessoal e de contatos constantes estabeleceriam limites ao comportamento oportunista dos agentes, reduzindo os gastos com especificações e mecanismos de execução contratual. Já no caso de relações impessoais, em que não ocorra nenhum fator que impeça as

partes de tirarem proveito umas das outras, os custos dos contratos se elevariam devido a necessidade de especificações mais detalhadas, aumentando os custos transacionais. Outra condição que se faz necessária para que os custos de transação sejam relevantes a ponto de afetar o bom funcionamento dos mercados é a especificidade de ativos, em que somente um número limitado de agentes está apto a participar e as transações ocorrem em pequeno número (FERREIRA, 2013).

Especificidade de ativos é definida por Williamson (1985) como o grau no qual um dado ativo em uma transação específica é mais valioso do que no segundo melhor uso. Diez-Vial (2007, p. 1021) define como grau de investimentos não-reempregáveis, necessários para dar suporte à troca entre dois estágios do processo produtivo. Os problemas associados aos ativos específicos ocorrem porque, uma vez realizado os investimentos em tais ativos, comprador e vendedor passam a ter uma relação exclusiva ou quase exclusiva. Enquanto alguns bens são específicos para atender determinado cliente, outros bens possuem valores diferentes também para clientes específicos. Essas especificidades podem tornar o custo de transação maior na medida em que o bem específico não seja mais demandado pelo cliente, ou os clientes passam a dar menor valor ao bem que antes valorizavam. Torna-se necessária a busca por novos mercados e com isso novos contratos.

Segundo Pondé (1993), os custos de transação nada mais são que o dispêndio de recursos econômicos para planejar, adaptar e monitorar as interações entre os agentes, garantindo que o cumprimento dos termos contratuais se faça de maneira satisfatória para as partes envolvidas e compatível com a sua funcionalidade econômica. Tratam-se dos custos associados aos estabelecimentos dos contratos explícitos, ou implícitos, que organizam certa atividade. Williamson (1985, p. 388) identifica dois tipos de custos de transação que afetam diretamente o desempenho das unidades econômicas participantes: (i) os custos *ex ante* de negociar e fixar as contrapartidas e salvaguardas do contrato, e, principalmente, (ii) os custos *ex post* de monitoramento, renegociação e adaptação dos termos contratuais às novas circunstâncias. Esses custos estão presentes em diferentes intensidades, segundo as características das transações, tanto quando são medidas pelo mercado, ou quando são realizadas no interior de uma firma.

Os custos de transação *ex ante* estão presentes, com maior intensidade naquelas situações onde é difícil estabelecer as pré-condições para que a transação em foco seja efetuada de acordo com parâmetros planejados e esperados. O problema central encontra-se na definição do objeto da transação em si, fato que implica longas – e dispendiosas – barganhas para garantir a qualidade e as características desejadas ao bem ou serviço transacionado, ou ainda para evitar problemas quanto a pagamentos monetários. Os custos de transação *ex post* se referem à adaptação das transações a novas circunstâncias. Segundo Williamson (1985, p.21), tais custos apresentam quatro formas: (i) custos de mal-adaptação, derivados dos efeitos originados do surgimento de eventos não planejados que afetam as relações entre as partes envolvidas; (ii) custos de realinhamento, incorridos quando da realização de esforços para renegociar e corrigir o desempenho das transações cujas características foram alteradas ao longo da relação entre os agentes econômicos; (iii) custos de montar e manter estruturas de gestão que gerenciem as disputas que eventualmente surjam no decorrer das transações; e (iv) custos requeridos para efetuar comprometimentos, criando garantias de que não existam intenções oportunistas (FAGUNDES, 1997, p. 10).

5.2 Estruturas de governança

O surgimento de instituições particularmente voltadas para a gestão e coordenação das transações decorre do objetivo, por parte dos agentes envolvidos, de reduzir os custos a estes associados. Busca-se criar estruturas de gestão (governance structures) apropriadas, entendidas como estruturas contratuais (explícita ou implícita), dentro das quais a transação é realizada: relações de compra e venda simples (mercado), organizações internas às firmas (hierarquias) e formas mistas constituem exemplos de estruturas de gestão distintas (BRITTO, 1994; PONDÉ, 1993).

Existem diferentes modelos de governança, que diferem em sua forma, e existem por vários motivos. Williamson (1996) faz referência a três tipos específicos de estrutura de governança: os mercados, as estruturas híbridas e as hierarquias (empresas), e apontam quatro aspectos que as diferenciam (Tabela 1), a saber:

- a) Intensidade dos estímulos: as intensidades dos incentivos no mercado são potencialmente altas, enquanto nas firmas são baixos;
- b) Controles administrativos: as empresas são apoiadas por uma série mais extensa de regras administrativas e procedimentos;
- c) Adaptação: os mercados têm a vantagem de efetuarem a adaptação de forma autônoma em resposta às mudanças nos preços relativos, mas essa vantagem se reverte para as empresas como adaptações mais cooperativas;

- d) Direito dos contratos: nos mercados necessitam-se de tribunais para dirimir quaisquer dificuldades ou problemas que ocorram com as transações, enquanto que nas empresas os problemas são resolvidos por elas mesmas, ou seja, a empresa é o seu próprio tribunal de recurso final.

Tabela 1 - Diferentes atributos das estruturas de mercado, híbrida e hierárquica

Atributos	Estruturas de Governança		
	Mercado	Híbrida	Hierarquia
Instrumentos			
Intensidade dos incentivos	++	+	0
Controles Administrativos	0	+	++
Atributos de Performance			
Adaptação autônoma (A)	++	+	0
Adaptação coordenada (C)	0	+	++
Direito dos contratos	++	+	0

Fonte: Williamson (1996, p. 105).

Os diferentes atributos possuem especificidades distintas, que podem ser assim descritas: de acordo com Kupfer e Hasenclever (2002), as empresas decidem de forma hierárquica a alocação dos fatores de produção em suas instalações, devido à inerência dos custos às transações. Dessa forma, substituem o mecanismo de mercado e transferem para si os custos de recorrerem ao mercado, que são significativos entre as etapas do seu processo de produção. O mercado diz respeito às transações facilmente codificadas em virtude da baixa especificidade do ativo. Logo, os fornecedores se alinham facilmente às especificações dos vendedores. A complexidade da troca de informações é relativamente baixa, de modo que as 12 transações podem ser realizadas com pouca coordenação explícita (GEREFFI; HUMPHREY; STURGEON, 2005). As formas híbridas se caracterizam pela existência de contratos complexos entre firmas localizadas em níveis sucessivos da cadeia produtiva. Podem ser exemplificadas por franquias ou formas de aliança. As

formas hierárquicas se baseiam na propriedade total dos ativos, ou seja, na total internalização das atividades por uma única empresa. À medida que cresce o número de fatores contratados pela hierarquia ocorre a ineficiência gerencial, devido à nova dimensão dos custos de transação (SANTOS, p. 11).

Na seleção de uma estrutura de governança busca-se a estrutura mais eficiente, ou seja, aquela que viabiliza o menor custo de transação a partir da melhor alocação de recursos, levando-se em consideração, entre outros fatores, a frequência com que as transações ocorrem.

6. Casuística e Métodos

6.1 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Apêndice A).

Todos os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da mesma e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

6.2 Tipo de estudo

Estudo transversal, qualitativo, com associação entre remuneração e custos de transação. Foi realizada pesquisa exploratória, com o propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, ou a construir hipóteses (GIL, 2016, p. 27). O autor afirma que a pesquisa qualitativa com caráter exploratório é especialmente utilizada quando o tema é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses operacionais e precisas, além disso proporciona maior familiaridade com o problema tornando-o mais explícito, promovendo o aprimoramento de ideias.

6.3 Coleta de dados

Em reunião realizada mensalmente na sede da Unimed do Nordeste Paulista - Ribeirão Preto-SP, os 17 dirigentes tomaram conhecimento de que seriam abordados para a realização da pesquisa. Assim, foi aplicado um questionário (Apêndice C) para o gestor de cada unidade das unimed selecionadas para o estudo, no período de novembro de 2017 a abril de 2018. Por meio dos dados coletados, buscou-se mapear o conhecimento sobre os modelos de remuneração adotados pela sua cooperativa. Também foram obtidos dados sobre as vantagens e desvantagens do modelo de pagamento por produção, interesse de mudança de modelo e dificuldades para esta mudança.

6.4 Análise estatística

A metodologia qualitativa, utilizada na pesquisa de campo, baseou-se na realização de entrevistas semiestruturadas. Por meio dessas entrevistas foi possível obter informações sobre as práticas de remuneração adotadas pelas cooperativas que participaram das entrevistas.

As questões foram respondidas por algum membro da Diretoria e/ou pelo presidente da cooperativa; e as respostas devidamente armazenadas em meio eletrônico e também impressas para consultas posteriores. Os dados obtidos foram analisados nesta ordem:

- Tabulação das respostas categorizando as formas de remuneração predominantes na cooperativa;
- Análise das respostas sobre a existência, na percepção do gestor, do fator oportunismo no modelo de remuneração *fee for service*.
- Análise do interesse do gestor e dos médicos cooperados na mudança de modelo de remuneração;
- Avaliação da necessidade de novos modelos de governança;
- Análise da percepção do gestor da importância da discussão do tema.

Todas as respostas foram analisadas, porém foram citadas neste estudo somente aquelas com detalhamento dos argumentos apresentados. Em relação às desvantagens das entrevistas, cabe destacar a falta de tempo dos entrevistados, devido aos seus papéis estratégicos na cooperativa, sendo necessário fazer contatos, várias vezes, solicitando a resposta do questionário.

7. Resultados e Discussão

7.1 Cooperativas médicas

A discussão dos modelos de remuneração médica cada vez mais tem sido pauta de vários setores da saúde.

As cooperativas médicas possuem uma especificidade na análise do modelo de remuneração, uma vez que os cooperados são os que prestam serviço e também aqueles que regulamentam as regras de pagamentos da cooperativa, é claro, levando em consideração todas as normas inerentes às questões fiscais e aos contratos estabelecidos com prestadores.

O modelo de remuneração predominante, não só nas cooperativas médicas, mas também em outras operadoras, é o pagamento *fee for service*, ou seja, por produção. Na contabilidade das cooperativas, o resultado positivo (lucro) apurado no exercício denomina-se "sobra". No caso de prejuízo, utiliza-se o termo "perda". Se ao final do exercício social a cooperativa apurar "sobras" decorrentes da realização de atos cooperativos, ou seja, se seus ingressos superarem os dispêndios, tal resultado poderá ser distribuído aos cooperados na razão das operações realizadas por eles. Essa distribuição só ocorre após as destinações legais previstas em lei e deliberada em Assembleia Geral Ordinária. Esse contexto se faz necessário para entender que um modelo de remuneração que permite uma produção ilimitada pode em primeiro momento, favorecer o cooperado, mas a cooperativa irá sofrer os impactos econômicos, podendo no final do exercício apresentar perda e, conseqüentemente, o cooperado ter que cobrir tal dispêndio, caso a cooperativa não possuir fundo de reserva suficiente.

As operadoras, seja qual for a modalidade, possuem uma receita fixa, originária das mensalidades pagas por seus usuários, e um custo totalmente variável, decorrente de pagamentos de médicos e prestadores no modelo *fee for service*; em que o controle, muitas vezes, quando existente, se dá após a realização dos procedimentos, sem efetividade nos resultados.

Com essa modalidade de pagamento (*fee for service*), as operadoras criaram mecanismos de controle concentrados em indicadores quantitativos; que, muitas vezes, não permitem resultado satisfatório na mudança de comportamento.

Estruturas de governança são utilizadas com o intuito de criar regras e “punir” aqueles que não as seguem, porém de forma a visualizar a quantidade e não a qualidade da produção. Os mecanismos de controles, comumente utilizados, não conseguem reduzir ou mesmo minimizar os custos de transação que se apresentam nesse modelo de remuneração.

Segundo Pondé (1993), os custos de transação nada mais são do que o dispêndio de recursos econômicos para planejar, adaptar e monitorar as interações entre os agentes, garantindo que o cumprimento dos termos contratuais se faça de maneira satisfatória para as partes envolvidas e compatível com a sua funcionalidade econômica. Tratam-se dos custos associados aos estabelecimentos dos contratos explícitos ou implícitos que organizam certa atividade.

Em uma cooperativa, os cooperados possuem contratos, em sua maioria implícitos, de como deve ser sua produção e, conseqüentemente, o resultado a ser alcançado para esta cooperativa. Para garantir que esses contratos tragam resultados positivos, mecanismos de controles são estabelecidos para que a produção seja feita nas quantidades e periodicidade estabelecidas por estruturas de governança, comumente denominadas em operadoras de saúde de auditorias. Essas estruturas de controle (governança) visam estabelecer limites e direção para a produção do cooperado, sem que isso afete a saúde financeira da cooperativa. Porém, esses mecanismos de controle criam custos de transação que, devido a dificuldade de mensuração, não são considerados quando se faz o cálculo de sinistralidade desses contratos. A sinistralidade de um contrato, em uma operadora de plano de saúde, é o resultado da utilização do plano de saúde (sinistro - consultas, exames, internações etc) com a receita (pagamento dos usuários). A prescrição desenfreada de procedimentos eleva os custos da operadora e, por conseqüência, compromete a gestão financeira. Para “segurar” esses excessos, os mecanismos de controle são estabelecidos, tanto para o médico quanto para o usuário. No caso do usuário do plano, é comumente estabelecido o pagamento de coparticipação. A ANS define a coparticipação como sendo o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. Ao pagar a coparticipação o usuário tem um dispêndio financeiro maior que o fixado na mensalidade, levando-o a

utilizar os serviços do plano de saúde quando realmente é necessário, pelo menos é o que se espera.

No âmbito do médico, para que o excesso de prescrições não seja incentivado pelo profissional, outros mecanismos são aplicados pela operadora. A auditoria de contas médicas verifica continuamente a produção de cada cooperado e assim controla de forma quantitativa a geração de procedimentos. O intuito de tal controle não é proibir o que realmente é necessário para o tratamento do paciente, mas sim coibir abusos decorrentes, principalmente, do modelo de remuneração, pela quantidade e não qualidade do serviço oferecido. Diante desse modelo de remuneração por procedimento, podem ser destacados os custos de transação que devem ser analisados para minizar os custos de contratos de planos de saúde:

- 1) **Oportunismo:** Segundo Fiani (2002), é a transmissão de informação seletiva, distorcida, e de promessas autodesacreditadas sobre o comportamento futuro do próprio agente. Neste caso, o termo oportunismo está essencialmente associado à manipulação de assimetrias de informação, visando apropriação de fluxos de lucros. Considerando essa definição, no caso da remuneração médica, o oportunismo está presente no momento que a remuneração é realizada em parâmetros que consideram apenas a quantidade de procedimentos, fazendo com o que o profissional crie mecanismos de produção que podem até mesmo estar dentro das quantidades estabelecidas, mas que se repetem sem ser avaliada a sua real necessidade.
- 2) **Incerteza e complexidade do ambiente:** A incerteza está relacionada à assimetria das informações entre as partes, sendo que os relacionamentos cooperativos podem reduzir essa incerteza, causada por problemas de mercado ou redução de custos associados com a estrutura de governança (WILLIAMSON, 1979; 1985). A complexidade, inerente ao ramo da saúde, atenua essa incerteza, uma vez que a cada dia novos procedimentos são criados, com o uso de novas tecnologias, novos métodos e, como consequência, novos custos. Remunerar essa diversidade de procedimentos, de forma a não onerar o resultado da cooperativa, se torna um desafio constante para o gestor.

7.2 Respostas ao questionário aplicado

É importante ressaltar que existe dificuldade em aplicar pesquisas que abordem assuntos financeiros em cooperativas de trabalho médico, mesmo que seja apenas de percepção e não necessariamente de apresentação de dados. A Unimed do Brasil vem continuamente solicitando, em todos os encontros de dirigentes, a participação e enfatizando a importância de informar os dados para melhor mapeamento do sistema Unimed.

As análises apresentadas, a seguir, se pautaram nos resultados dos questionários respondidos, de acordo com os objetivos do estudo, e que se revelaram mais recorrentes na análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas médicas, abordando principalmente as seguintes questões:

- Identificação das principais formas de remuneração praticadas por essas operadoras;
- Percepção do fator oportunismo no modelo *fee for service* (por produção);
- Interesses na mudança dos modelos atuais de remuneração médica;
- Interação do modelo de governança com o modelo de remuneração;
- A importância do tema para a sustentabilidade das operadoras.

Vale salientar que o questionário foi direcionado para os dirigentes das 17 Unimeds que compõem a região nordeste do estado de São Paulo. Foram obtidas oito respostas de Unimeds, sendo que uma Unimed declarou não ter interesse em participar da pesquisa e as outras sete Unimeds responderam todas as questões; correspondendo, portanto, a 47,05% da presente amostra.

Foi possível constatar que as cooperativas médicas efetuam os pagamentos, principalmente, pelo modelo de remuneração *fee for service* (por produção), sendo que cinco das respondentes pagam exclusivamente por esse modelo e apenas duas efetuam o pagamento por outras formas de remuneração. Portanto, das cooperativas que responderam a pesquisa, 71,42% remuneram os médicos por procedimento, ou seja, pelo modelo *fee for service*. Esse percentual seria maior se todas as cooperativas abordadas tivessem respondido o questionário, pois o modelo

é conhecidamente predominante na região analisada. A Tabela 2 resume os dados coletados:

Tabela 2 - Modelos de remuneração por operadoras

Modelos de Remuneração	Operadoras
<i>Fee for service</i>	5
<i>Capitation</i>	0
Salário	0
Por performance ou desempenho	0
Outras formas	2
Total	7

Os resultados da pesquisa mostram nitidamente que o modelo de remuneração *fee for service* (por produção) é o modelo exclusivo de remuneração das cooperativas médicas respondentes. As duas cooperativas que apresentaram um modelo diferente de remuneração fixaram a remuneração do médico, considerando duas formas diferentes de cálculo estatístico:

“Forma fixa baseada na mediana da produção do cooperado no período de 06 meses (janeiro a junho de 2016). Foi calculado a mediana do valor da produção do cooperado no período de 06 meses e o médico passou a receber fixo a partir de agosto de 2016. Em contrapartida o cooperado precisa manter o atendimento ao usuário, baseado também na mediana do número de consultas, ou seja, precisa atender 85% do número de consultas da mediana para ter direito a 100% da produção.”

Esta cooperativa utilizou a mediana para cálculo do valor fixo a ser pago aos médicos, além de utilizar um indicador facilmente mensurável para verificar se esse modelo de pagamento não está afetando o número de atendimentos, porém não consegue medir ainda a qualidade ou mesmo a resolutividade do mesmo.

“Implantamos o pagamento fixo da produção médica, utilizando para o cálculo a média de toda a produção do médico no período de agosto de 2016 a julho de 2017. Foi estipulado ao cooperado a produção mínima de 80% do volume de consultas, que já realizava antes da média e não pode ter reclamação no canal de ouvidoria que caracterize falta de atendimento.”

Outra cooperativa também adotou o modelo de pagamento fixo, muito parecido com o da anterior, porém utilizando dois tipos de indicadores. O primeiro indicador (80% do volume de consultas), assim como a outra cooperativa, também de fácil mensuração. O segundo (registro de reclamação na ouvidoria), apesar de poder ser aplicado, possui uma característica muito subjetiva, o que pode dificultar sua utilização efetiva. Cabe ressaltar, que esses indicadores não são suficientes para analisar a qualidade e resolutividade do atendimento.

Em síntese, observa-se que praticamente a maioria das cooperativas que responderam a pesquisa remuneram os médicos por procedimento ou serviço executado. Porém, duas delas já começaram a mudar esse cenário, implantando o modelo de remuneração fixa com alguns indicadores.

Outra questão muito importante abordada na pesquisa se refere à percepção, por parte da gestão, de oportunismos praticados no modelo de remuneração *fee for service* (por produção). Observou-se que esse modelo de pagamento estimula o aumento da produção para garantir ganho maior, gerando, na maioria das vezes, custos desnecessários para a cooperativa, que, com certeza, irá onerar a sinistralidade dos contratos; diminuindo, consideravelmente, a margem de rentabilidade. A seguir, alguns trechos das respostas obtidas:

“Sim, o modelo citado causa uma ansiedade no médico cooperado por ele ter um gasto fixo e ter uma produção variável, fazendo com que ele tente, consciente ou inconscientemente, aumentar a sua produção gerando consultas e procedimentos desnecessários.”

“Acredito que o modelo permite a liberalidade em solicitar o que a tabela condiciona a especialidade, gerando em algumas vezes excesso nas indicações.”

Detectou-se que se trata, também, de um modelo que pode gerar injustiças, uma vez que não há diferenciação no pagamento do que é considerado boa ou má prática médica:

“Verificamos oportunismo sim, mas mais do que isso, uma valorização das más práticas médicas nesse modelo atual.”

Os demais dirigentes que responderam essa questão não forneceram muitos detalhes, porém todos concordaram que existe o oportunismo no modelo de remuneração por procedimento, sinalizando sua resposta como sim.

As lideranças médicas foram indagadas a respeito do interesse em que novas formas de remuneração fossem adotadas para sua cooperativa, e quando a resposta foi positiva, solicitou-se que citassem essas formas, podendo se destacar as seguintes respostas:

“Sim, acho que seria muito mais justo se tivesse um modelo com critérios pré-estabelecidos para que se chegasse ao valor de remuneração, com avaliação do desempenho.”

“Sim, entendo que o modelo atual já contribuiu para o sistema e em geral para as operadoras. Alguns cases trazem o pagamento por performance como uma opção justa, pois é possível trabalhar também o controle desnecessários de solicitações ou até mesmo procedimentos invasivos. Atendimento centrado no paciente.”

“Sim, agregar a performance do profissional na definição da remuneração.”

Quando analisadas as respostas das cooperativas que já adotaram algumas mudanças no modelo de remuneração, observou-se que:

“Sim, nossa cooperativa já adotou uma forma diferente de remuneração, no início causou desconfiança no cooperado, mas agora já estão adaptados e vendo os benefícios da atual forma de remuneração para o cooperado e para a cooperativa.”

“Sim, já implantamos um novo modelo de remuneração, mas acreditamos que ainda serão necessários vários ajustes e até mesmo criar modelos híbridos para contemplar não são o pagamento do honorário médico, mas também todos os gastos assistenciais da operadora.”

Outro fator observado na pesquisa foi a importância de se analisar o interesse do médico na mudança do modelo de remuneração. Quando perguntado se na percepção do gestor, existe interesse dos médicos para a mudança do modelo *fee for service* as respostas, em sua maioria, foram positivas, destacando a questão da confiança a ser conquistada para um novo modelo e também a necessidade de valorização das melhores práticas por meio de uma nova forma de remuneração:

“O médico sempre trabalhou por produção e qualquer mudança nesse processo de pagamento gera uma grande desconfiança. Para que qualquer mudança seja implementada é necessário que sejam divulgadas as vantagens e as desvantagens para o cooperado abertamente. Caso isso não ocorra, não poderá haver desinteresse com o modelo proposto, pois sempre há o temor de ocorrer redução de interferências no seu dia a dia.”

“Existe interesse sim nos grupos de ótimos profissionais que tem melhores resultados nas duas práticas.”

Em duas respostas sobre a mesma questão verificou-se que existe preocupação dos médicos que realizam exames autogerados sobre a mudança do modelo de remuneração. Estes não querem mudar, pois o modelo atual de remuneração por procedimento favorece a realização desses tipos de exames. Porém, aqueles que não se utilizam dessa estratégia vêm no modelo um limitador de receita frente aos outros. Acredita-se que essas respostas também ratificam a questão anteriormente enfatizada sobre o oportunismo presente no modelo de remuneração por procedimento.

“Existe o interesse, pois algumas especialidades se veem limitadas na oportunidade de retorno financeiro, em detrimento de outras que tem por exemplo a possibilidade de realizar exames autogerados.”

“Não, porque grande parte dos médicos fazem exames autogerados, o que aumenta sua remuneração.”

Como se demonstrou anteriormente, no quadro inicial desta análise, a remuneração por procedimento, apesar de bastante criticada, é predominante nas operadoras de plano de saúde do Brasil avaliadas neste estudo e em outras. A necessidade de mudança é notória, porém ainda existem contrapontos que precisam ser analisados. Questionou-se aos dirigentes quais as vantagens e desvantagens da mudança do modelo, e dentre as respostas o que chamou atenção foi a preocupação em equalizar as contas da operadora que possuem receita fixa e custo variável e, em sua maioria, não previsível, o que dificulta a gestão de uma programação financeira mais assertiva, mesmo com a adoção de mecanismos de controles para o modelo de remuneração por procedimento.

“A grande vantagem da mudança de modelo de remuneração para a cooperativa é a programação financeira que a gestão pode ter. O gasto com honorários que antes era variável passa a ser fixo, podendo ser feito um orçamento mais real dos custos assistenciais, além de evitar a geração de

consultas e procedimentos desnecessários para o paciente somente para aumentar a remuneração. Para o cooperado existe a oportunidade de diminuir a ansiedade já que ele também pode se programar quanto ao seu recebimento, trabalhando com mais tranquilidade e evitando a geração de consultas e procedimentos desnecessários (...).”

“Desvantagem: baixa aceitação; Vantagem: Melhor acompanhamento dos custos e orçamento.”

Um dos entrevistados demonstrou em sua resposta que a sustentabilidade do setor está relacionada também com a forma que as operadoras efetuam a remuneração médica, pois o controle de gastos por meio deste sistema será fator importante para a sobrevivência das operadoras: “Vantagens: privilegia a boa prática médica e seus resultados atuam de alguma forma no controle de custos (sustentabilidade) (...).”.

Outro fator importante, abordado no presente estudo, se refere ao modelo de governança existente hoje nas cooperativas médicas e a percepção do dirigente para que caso ocorra a mudança do modelo de remuneração qual a necessidade de se criarem novos modelos de governança, mas especificamente controles. Já se sabe que o modelo atual de remuneração médica por procedimentos utiliza muitos controles por parte das operadoras para garantir que não ocorra abusos na produtividade. Esses mecanismos de controles geram custos excessivos, necessitando da existência de uma estrutura de controles (auditorias médicas) para minimizar os impactos financeiros de um modelo aberto de produção. Os custos de transação inseridos nesse modelo de controle, para o pagamento por procedimento, não são normalmente mensurados pela operadora, mas podem gerar mais dispêndios financeiros, que não são considerados nos cálculos das sinistralidades dos contratos, tornando a margem de resultado ainda mais apertada do que é demonstrado em seus balanços financeiros.

Parece existir, entre a maioria dos dirigentes pesquisados, a percepção da necessidade da criação de novos controles, porém em nenhuma resposta foram apontadas sugestões de quais controles seriam necessários, caso a mudança do modelo de remuneração ocorresse.

“Haverá necessidade de ferramentas específicas de controle”.

“Sim, pois para adequarmos condições de pagamentos a diversas especificidades, novos indicadores e comparativos deverão ser avaliados, além de um trabalho de conscientização com médicos e colaboradores.”

De qualquer forma, na percepção dos entrevistados, a necessidade de mudança do sistema de governança existe e ela será contemplada quando os novos modelos de remuneração forem adotados.

Também foi abordada a importância de se discutir o tema: mudança de modelo de remuneração para a sustentabilidade das operadoras de plano de saúde. Parece existir consenso por parte dos dirigentes, que acreditam que a mudança é necessária e que essa discussão permite envolver os médicos no processo de sustentabilidade do negócio, principalmente por serem cooperativas formadas por esses profissionais que realizam seu trabalho, mas não participam efetivamente da gestão do negócio.

“Extramente importante, pois é uma maneira de engajar o médico também no processo de sustentabilidade. Nossa operadora já está iniciando estudos para inserir formas de diferentes de remuneração.”

“Muito grande. A sinistralidade tem crescido muito acima da capacidade de pagamentos.”

As duas cooperativas médicas que já realizaram a mudança no modelo de remuneração médica, apontaram, principalmente, que a sustentabilidade da operadora será possível devido ao controle dos custos assistenciais, que poderão ser mais previsíveis frente a uma receita que tem como tendência permanecer estável, sem perspectivas de aumentos significativos.

“Pelo risco do aumento cada vez maior dos custos assistenciais da operadora. As receitas não vão aumentar muito mais e os custos estão cada vez maiores. Com a mudança de modelo pode-se controlar melhor os custos assistenciais.”

“As margens das operadoras sempre foram pequenas, quando comparadas a outros setores também regulados. Discutir os modelos de remuneração é discutir o controle dos gastos assistenciais, de uma forma que possa ser previsível e que possua indicadores de qualidade e não só de quantidades na sua mensuração.”

A Tabela 3 demonstra os custos de transação (oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente) relacionando o modelo atual de remuneração médica

mais utilizado (fee for service ou por procedimento) e algumas evidências obtidas no presente estudo.

Tabela 3 - Custos de transação e evidências da pesquisa

Custos de Transação	Hoje	Evidências
Oportunismo	- Pagamento fee for service;	<i>“Verificamos oportunismo sim, mas mais do que isso, uma valorização das más práticas médicas nesse modelo atual.”</i>
	- Solicitação de procedimentos sem controle efetivo;	<i>“Sim, o modelo citado causa uma ansiedade no médico cooperado por ele ter um gasto fixo e ter uma produção variável, fazendo com que ele tente, consciente ou inconscientemente, aumentar a sua produção gerando consultas e procedimentos desnecessários.”</i>
Incerteza e complexidade do ambiente	- Estrutura de governança focada no controle de quantidade e não de qualidade.	<i>“Acredito que o modelo permite a liberalidade em solicitar o que a tabela condiciona a especialidade, gerando em algumas vezes excesso nas indicações.”</i>
	- Custos variáveis com pequena presibilidade da operadora;	<i>“Pelo risco do aumento cada vez maior dos custos assistenciais da operadora. As receitas não vão aumentar muito mais e os custos estão cada vez maiores. Com a mudança de modelo pode-se controlar melhor os custos assistenciais.”</i>
	- Receita fixa da operadora;	
	- Resistência a mudança de modelo de remuneração.	<i>“O médico sempre trabalhou por produção e qualquer mudança nesse processo de pagamento gera uma grande desconfiança. Para que qualquer mudança seja implementada é necessário que sejam divulgadas as vantagens e as desvantagens para o cooperado abertamente. Caso isso não ocorra, não poderá haver desinteresse com o modelo proposto, pois sempre há o temor de ocorrer redução de interferências no seu dia a dia.”</i>

8. Conclusões

Discutir novas formas de remuneração médica é uma tarefa importante para o setor de saúde suplementar brasileiro, uma vez que os custos com saúde estão cada vez maiores, com tendências a aumentar ainda mais; custos estes decorrentes das constantes inovações tecnológicas, do envelhecimento populacional, da judicialização com o intuito de oferecer tudo a todos, e dos materiais de órteses e próteses com altos valores, além de medicamentos que ao proporcionarem maior efetividade ao tratamento, trazem também alto custo agregado.

Nesse contexto, discutir o modelo de remuneração médica se torna imprescindível para a estabilidade das operadoras de plano de saúde, pois o modelo atualmente mais utilizado (*fee for service* ou por procedimento) já não mais atende a esse novo cenário complexo da saúde.

O presente estudo apresentou o perfil do setor de saúde suplementar brasileiro, destacando as modalidades de operadoras, demonstrou os principais modelos de remuneração médica, e por meio da Teoria da Economia dos Custos de Transação evidenciou os custos de oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente, inerentes à forma de remuneração mais utilizada pelas operadoras; ou seja, o *fee for service*, ou pagamento por procedimento. Após toda essa contextualização, foram apresentados os resultados da pesquisa qualitativa realizada junto às 17 operadoras de planos de saúde, mais especificamente, cooperativas médicas (Unimed) da região nordeste do estado de São Paulo.

A pesquisa permitiu, ainda, mapear e fomentar a discussão sobre posicionamentos e opiniões de dirigentes de cooperativas médicas, que ocupam cargos diretivos e ao mesmo tempo são médicos que vivenciam essa grande questão: melhorar a remuneração médica e lidar com o controle dos gastos assistenciais.

Assim, em relação aos objetivos propostos e após a realização da pesquisa com os dirigentes, chegou-se às seguintes conclusões:

- Existe predominância do modelo *fee for service* de remuneração do trabalho médico nas cooperativas analisadas e este modelo apresenta o fator oportunismo como determinante dos custos de transação. Os dirigentes apresentam várias razões que justificam a existência desse fator, pois o médico na busca de remuneração mais adequada, aumenta sua produção por

meio de procedimentos desnecessários, o que acarreta a necessidade de controle por parte da operadora. Não há interesse na qualidade do serviço prestado ou mesmo na necessidade eminente de um procedimento, mas sim na quantidade pré-estabelecida por mecanismos já determinados de controle.

- Os fatores incerteza e complexidade do ambiente também devem ser considerados quando analisada a necessidade de mudança de modelo de remuneração. Diante de tudo que já foi elucidado no início dessa conclusão, esses fatores criam a necessidade de constante fiscalização, pois as receitas tendem a permanecerem fixas, devido a dificuldade de aumento decorrente da concorrência cada vez mais acirrada, das questões econômicas que não permitem altos reajustes para equilíbrio dos contratos. Outros fatores a serem considerados são: falta de previsibilidade dos custos assistências nesse cenário incerto e complexo, além da grande resistência por parte dos médicos em discutir uma mudança de modelo de remuneração que há muito tempo tem sido aplicada. Existe, neste último caso, a necessidade de serem criados mecanismos de convencimento porém, sem o histórico das operadoras que realizaram a mudança, tornando-se realmente um grande desafio do gestor.

A Tabela 4 apresenta os dois fatores causadores dos custos de transação, observados no modelo predominante de pagamento *fee for service*, e algumas contribuições do presente estudo.

Tabela 4 - Custos de transação e contribuições

Custos de Transação	Hoje	Contribuição
Oportunismo	– Pagamento fee for service;	Mudança para um modelo de pagamento misto ou híbrido (fixo e variável) pautado em indicadores de desempenho;
	– Solicitação de procedimentos sem controle efetivo;	Adoção de modelos de governança que permitam a análise e remuneração das boas práticas;
	– Estrutura de governança focada no controle de quantidade e não de qualidade.	
Incerteza e Complexidade do Ambiente	– Custos variáveis com pequena presibilidade da operadora;	Elaboração de um planejamento de custos assistenciais com a utilização dos novos modelos de remuneração mais focados em estruturas fixas;
	– Receita fixa da operadora;	
	– Resistência a mudança de modelo de remuneração.	Busca do aprimoramento de receita com mecanismos de cobrança compartilhada com o usuário do plano, ex.: coparticipação, franquias etc.
		Programas de qualificação que busquem a disseminação da importância da mudança de modelo;
		Adoção de modelos de remuneração diferentes do fee for service nas novas técnicas incorporadas aos tratamentos.

Esses dois fatores que acarretam em custos de transação, que não são apurados nos custos assistenciais dos contratos, podem, no decorrer do tempo, onerar ainda mais a viabilidade de operadoras de plano de saúde, tornando até mesmo inviável a permanência no mercado.

Para que todo esse contexto possa apresentar um novo caminho, será necessário que os dirigentes de operadoras de saúde, levem essa discussão de mudança de modelo de remuneração para suas pautas de reuniões.

Sugere-se, como caminho, a mudança para um modelo de pagamento misto ou híbrido, que contemple indicadores de desempenho, que traga benefícios não só para a operadora, mas também para os médicos. Essa mudança deve ser pautada, também, na adoção de modelos de governança que levem à análise e ao reconhecimento de boas práticas, afim de que sejam utilizadas para melhoria da remuneração médica.

Há também a necessidade de aprimoramento das receitas, por meio de mecanismos que possam ser compartilhados com os usuários de planos de saúde, para que a mudança de modelo também seja viável financeiramente.

Observa-se que essa discussão da mudança de modelo de remuneração, vem se disseminando, e sua necessidade é eminente. A ANS já possui grupos de estudos para essa discussão, porém ainda caminham com grande dificuldade, pois essa discussão envolve interesses de operadoras, dos médicos, fornecedores de medicamentos e materiais, pacientes, entre outros. Convergir todos esses interesses será um grande desafio dos gestores para a mudança desse processo.

Com as discussões apresentadas neste estudo buscou-se contribuir para o conhecimento do tema pesquisado, além de incentivar novos estudos nesta área e até mesmo propor estudos que possam medir os custos de transação, para que após a mudança do modelo (como já realizado por duas operadoras pesquisadas) possam ser comparados a o modelo tradicional; e se o novo modelo adotado conseguiu diminuir ou eliminar os custos de transação.

Finalmente, sugere-se que o tema seja melhor discutido em todos os modelos de operadoras, e que mais do que uma mudança de modelo voltado para a redução de custos, possa ser encontrada uma nova forma de remuneração digna para o médico, eficaz para a operadora e que permita a satisfação dos usuários de planos de saúde.

9. Referências Bibliográficas¹

¹Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte I (ABNT) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

AMORIM, F. **Modelos de remuneração médica**. In: ENCONTRO NACIONAL UNIMED DE RECURSOS E SERVIÇOS PRÓPRIOS, 2016, São Paulo-SP. Anais..., 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Modelos%20de%20remunera%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica.pdf>. Acesso em 01.05.2017.

AZEVEDO, P. F. Nova economia institucional: referencial geral e aplicações para a agricultura. **Agric**, v. 47, n. 1, p. 33-52, 2000.

BESSA, R. O. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. 2011. 107f. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Informações em Saúde Suplementar**. 2000a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 27.10.2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução De Diretoria Colegiada - RDC nº 39**, de 27 de outubro de 2000b. **Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&form=raw&id=Mzgw>. Acesso em 30/05/2017.

BRITTO, J. Redes de firmas e eficiência técnico-produtiva: Uma análise crítica da abordagem dos custos de transação. In: XXII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 1994, Florianópolis-SC. **Anais...**, p. 120-39, 1994.

BUENO, N. P. **A nova economia institucional e a historiografia clássica do período colonial brasileiro**. In: V CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA ECONÔMICA E 6ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DE EMPRESAS - ABPHE, 2003. Belo Horizonte-MG. Anais... 2003, p. 11-11. Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/abp/he2003/011.html>. Acesso em 06.03.2017.

BURLAMAQUI, L.; FAGUNDES, J. **Keynes, Schumpeter e Política Industrial**. Archè, número especial. Universidade Cândido Mendes, 1993.

CHERCHIGLIA, M. L. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Cad Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 67-79, 1994.

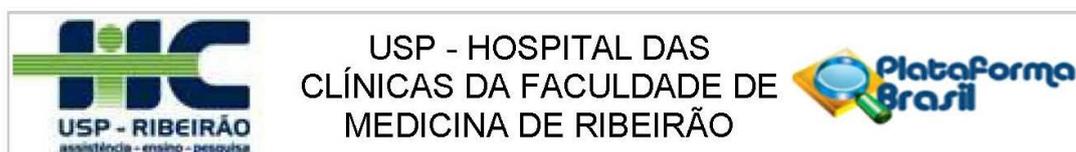
DÍEZ-VIAL, I. Explaining vertical integration strategies: market power, transactional attributes and capabilities. **J Manage Studies**, v. 44, n. 6, p. 1017-1040, 2007.

FAGUNDES, J. **Economia institucional: custos de transação e impactos sobre política de defesa da concorrência** [Texto para discussão, nº 407]. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 1997. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/grc/pdfs/custos_de_transacao_e_impactos_sobre_politica_de_defesa_da_concorrencia.pdf. Acesso em 31.03.2017.

- FERREIRA, D. Q. G. **Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação**. 2013. 206f. Tese (Doutorado). Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.
- FIANI, R. Teoria dos custos de transação. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, D. (orgs.). **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. São Paulo: Campus, 2002.
- GEREFFI, G.; HUMPHREY, J.; STURGEON, T. The governance of global value chains, *Rev Int Polit Econ*, v. 12, n. 1, p. 78-104, 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- GOMES, C. L. S. **Remuneração médica: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde suplementar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.
- KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**, 7ª ed., Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- MEDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.). **Economia da saúde: Conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995, p. 60-6.
- NORTH, D. C. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- PONDÉ, J. L. P. S. **Coordenação e aprendizado: elementos para uma teoria das inovações institucionais nas firmas e nos mercados**. 1993. 156f. Dissertação (Mestrado). IE/UNICAMP, Campinas, 1993.
- SANTOS, S. R. S. **A nova economia institucional**. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DO NÚCLEO DE ESTUDOS EM SOCIOLOGIA ECONÔMICA E DAS FINANÇAS, 2007, São Paulo. Anais... São Paulo, 2007.
- URQUIZA, R. Mecanismos de pago para los medicos de atencion primaria. Opciones y posibilidades. *MPA e-J Med FAM At Prim Int*, v. 4, n. 1, p. 3-6, 2008.
- WILLIAMSON, O. E. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *J Law Econ*, v. 22, n. 2, p. 233-61, 1979.
- WILLIAMSON, O. E. **The economic institutions of capitalism - firm, markets, relational contracting**. New York: The Free Press - a Division of Mcmillan Inc, 1985.
- WILLIAMSON, O. E. **The mechanisms of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.
- WILLIAMSON, O. E. Transaction cost economics: How it works; where it is headed. *De Economist*, v. 146, n. 1, p. 23-58, 1998.

9. Apêndices

APÊNDICE A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO MODELO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA POR PRODUÇÃO EM COOPERATIVAS MÉDICAS

Pesquisador: LUCIMARA IVIZI BUCK

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79592217.0.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.405.286

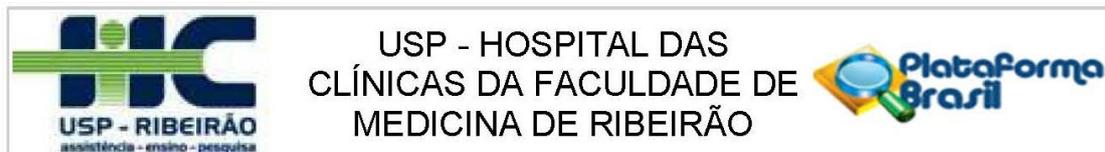
Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde (Mestrado Profissionalizante) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela mestrandia Lucimara Ivizi Buck, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Gabrielli Barreto Campello (docente do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, USP). O trabalho busca analisar através da Teoria dos Custos de Transação o modelo predominante de remuneração médica na saúde suplementar do Brasil. Serão realizadas entrevistas com gestores das dezessete (17) UNIMEDs da região nordeste do Estado de São Paulo, que permitirão verificar a existência dos fatores oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente, como determinantes dos custos de transação do modelo de remuneração por produção.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é analisar a percepção dos dirigentes de cooperativas médicas sobre o modelo de remuneração médica por produção. São objetivos específicos: (a) descrever os modelos de remuneração predominantes no setor de saúde suplementar do Brasil; e (b) analisar os fatores: oportunismo, incerteza e complexidade do ambiente como determinantes dos custos de transação do modelo de remuneração por produção.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.405.286

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008424.pdf	19/11/2017 23:16:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LucimaralviziBuck_2.doc	19/11/2017 23:14:31	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
Outros	Carta_respostaCEPparecer2381468.docx	19/11/2017 23:13:59	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lucimara_2.doc	19/11/2017 23:12:23	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LucimaralviziBuck.doc	05/11/2017 21:54:16	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Projeto_Externo_Lucimara.doc	05/11/2017 21:51:47	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
Cronograma	Cronograma_Lucimara.xlsx	05/11/2017 21:49:59	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lucimara.doc	05/11/2017 21:47:33	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Lucimara.pdf	24/10/2017 10:41:28	LUCIMARA IVIZI BUCK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 29 de Novembro de 2017

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas médicas.**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o problema do modelo de remuneração médico por produção é a necessidade de repensar esse modelo atual que já não atende mais as necessidades de médicos e operadoras de saúde. A pesquisa se justifica pelo fato da necessidade de mapear a percepção dos dirigentes para esse assunto. O objetivo desse projeto é analisar a percepção dos dirigentes de cooperativas médicas sobre o modelo de remuneração médica por produção.

O (os) procedimento (s) de coleta de dados será da seguinte forma: será realizada uma única entrevista, de forma individual, onde o entrevistado poderá responder de forma verbal ou escrita as perguntas presentes no questionário.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à coleta dos dados, que inclui o tempo a ser despendido na entrevista de aproximadamente 40 minutos. Não há benefícios diretos para os participantes do estudo.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: quaisquer dúvidas após a entrevista poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora Lucimara Ivizi Buck pelo telefone 16-99164-0972.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Lucimara Ivizi Buck no telefone 16-99164-0972 e o professor orientador Dr. Carlos Alberto Gabrielli Barreto Campello no telefone 16-98117-7219. Além do contato dos pesquisadores, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto pode ser contatado pelo telefone (16) 3602-2228, em caso de questões éticas relacionadas à pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE C - PESQUISA DE CAMPO - QUESTIONÁRIO PARA OS DIRIGENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE (UNIMED)

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo, função: _____

Prezado Diretor,

Venho contatá-lo para solicitar sua valiosa participação em uma pesquisa acadêmica, que não lhe tomará muito tempo. Sou Gerente Administrativa da Unimed Alta Mogiana e aluna do Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou elaborando uma dissertação de mestrado, na qual abordo as formas de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. Peço sua inestimável colaboração, respondendo as questões abaixo:

Questões:

1. Qual o número de clientes e o faturamento aproximado de sua operadora?
2. Qual(is) são as formas de remuneração do trabalho médico praticadas pela operadora de plano de saúde que o senhor dirige?

Fee-for-service (por produção) ()

Capitation ()

Salário ()

Por performance ou desempenho ()

Outras formas ()

Quais? _____

Formas mistas de remuneração ()

3. Qual percentual do faturamento corresponde a remuneração de honorários médicos?
4. Existe uma percepção, por parte da gestão, de oportunismos praticados no modelo de remuneração *Fee-for-service* (por produção)?

5. Você, como gestor, gostaria que novas formas de remuneração fossem adotadas pela sua cooperativa? Caso a resposta seja positiva cite quais formas.
6. Na sua percepção existe um interesse dos médicos para a mudança do modelo predominante? Justifique sua resposta.
7. Quais vantagens e desvantagens para mudar de modelo?
8. Quais as tendências de remuneração dos honorários médicos em nosso país?
9. Caso ocorra uma mudança de modelo de remuneração será necessário criar novos modelos de governança (controles)?
10. Qual a importância de discutir esse tema para sustentabilidade das operadoras de planos de saúde?