

Impacto de sistemas de incentivos na actividade dos médicos: um olhar sobre a literatura com base empírica recente

ANA SOFIA FERREIRA

Este artigo de revisão, elaborado em Março de 2002, procede a uma síntese crítica de resultados de onze estudos empíricos publicados entre 1995 e 2001 sobre o impacto de diferentes sistemas de incentivos, económicos e não económicos, na actividade profissional dos médicos, a níveis distintos: eficiência, qualidade e satisfação profissional.

Numa secção introdutória é explicitado o necessário enquadramento conceptual do tema, a sua relevância teórica e política é defendida, e o processo de selecção dos estudos seleccionados para revisão é descrito.

Na secção seguinte, a evidência empírica é discutida em três pontos: impacto dos incentivos financeiros na utilização de recursos dos serviços de saúde, eficiência e custos; seu impacto na satisfação profissional dos médicos e qualidade dos cuidados; por fim, efeitos dos aspectos não financeiros dos sistemas de incentivos na satisfação profissional.

O artigo termina com uma síntese de conclusões, sublinhando que os sistemas de incentivos distorcem a prática médica por comparação com um cenário (irreal) de inexistência de incentivos, que a dimensão do impacto dos incentivos económicos parece ser menor do que certas formulações teóricas supõem e que os incentivos não financeiros à actividade dos médicos têm um papel autónomo considerável na sua motivação e um forte poder de complementarem o dos incentivos financeiros. Pelo que, do ponto de vista político, se recomendam modelos de pagamento a médicos de tipo misto, com objectivos quantitativos e qualitativos

explicitados, atentos à cultura e especificidades próprias do grupo profissional em questão e à qualidade do ambiente organizacional.

1. Introdução

O objectivo deste artigo de revisão é proceder a uma síntese crítica de estudos empíricos recentemente publicados em revistas especializadas sobre o impacto de diferentes sistemas de incentivos na actividade profissional dos médicos, a níveis distintos: eficiência, qualidade e satisfação profissional.

O desafio para um sistema de incentivos profissionais ideal parece ter uma tripla dimensão: conciliar a motivação dos médicos para uma gestão mais cuidadosa dos recursos de saúde, a par com a garantia da desejável qualidade na prestação de cuidados de saúde, e ainda a promoção de níveis de satisfação profissional elevados por parte dos próprios médicos. A questão crucial em análise não é, simplesmente, se um sistema de incentivos afecta as decisões dos médicos (porque qualquer sistema o faz), mas antes se as distorce, de forma a pôr em causa a segunda e terceira dimensões acima mencionadas, com que intensidade e em que sentido.

1.1. Aspectos conceptuais

A clarificação prévia de alguns conceitos parece ser, neste contexto, fundamental.



Ana Sofia Ferreira é economista, aluna do XXXI Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Por sistemas de incentivos entendemos um conjunto de regras concebidas para motivarem os médicos nas suas atitudes face à utilização eficiente dos recursos de saúde, à referenciação de doentes para outros médicos e/ou serviços e cuidados de saúde, à qualidade dos seus actos e outros aspectos possíveis, no âmbito da gestão dos recursos humanos e de organizações de saúde.

As noções de eficiência e qualidade usadas baseiam-se nas definições comuns presentes, explícita ou implicitamente, na literatura que aborda estes temas: eficiência entendida como uma relação óptima entre custos e resultados (em que se procura a minimização dos primeiros e a maximização dos segundos) e qualidade encarada tanto na óptica mais restrita da qualidade técnica do acto médico como numa óptica mais global de qualidade da organização ou do serviço que presta cuidados de saúde (embora a tónica tenda a assentar no primeiro aspecto).

A satisfação profissional é entendida como um conjunto de sentimentos positivos que os médicos têm em relação a vários aspectos da sua prática profissional em certa organização.

Relativamente aos incentivos financeiros, estes podem basear-se em métodos de pagamento específicos pelo trabalho médico e/ou em pagamentos que acresçam a essas formas de remuneração base, de dimensão relativa variável face àquela.

Os principais métodos de pagamento a médicos são, na sua forma pura, basicamente três: o salário (pagamento fixo num certo período de tempo, normalmente mensal, assente no cumprimento de um horário de trabalho previamente estipulado e normalmente independente da dimensão da «produção» médica), a capitação (pagamento por cada doente que faz parte da lista do médico, ajustado em função de factores de risco do doente, como a idade, sexo e condição sócio-económica, e ficando normalmente a cargo do médico a gestão das despesas de saúde em que o doente incorrerá) e o pagamento ao acto ou *fee for service* (pagamento por cada unidade de cuidados de saúde prestada — consulta, vacina, prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, entre outros, eventualmente ajustados por factores de risco associados ao doente).

Nos sistemas e organizações de saúde concretos é, no entanto, mais comum o uso de modelos de pagamento mistos, em que estas formas surgem combinadas de vários modos possíveis.

É igualmente comum, particularmente em organizações norte-americanas de cuidados de saúde geridos (*managed care organisations*), o uso de incentivos financeiros que acresçam à remuneração base do médico, visando, de algum modo, condicionar a sua prática, e que podem materializar-se de várias for-

mas: positivamente, traduzindo-se num bónus ou numa partilha de lucros da organização de saúde, em função do cumprimento de objectivos diversos, como a poupança de recursos face a uma norma média, a elevada produtividade individual ou de grupo, a avaliação da satisfação dos doentes (com base em questionários que estes preencham sobre o médico, ou com base no seu *turnover* — mudanças de preferência relativamente ao médico) ou o cumprimento de metas de qualidade (quer de tipo clínico, avaliadas com base em práticas clínicas standardizadas — *clinical guidelines* —, quer decorrentes de auditorias administrativas); por outro lado, a influência dos incentivos financeiros pode fazer-se sentir negativamente, se se tratar de uma retenção pela organização de saúde de uma parte da remuneração do médico, com a sua posterior entrega àquela, condicionada ao cumprimento de metas pré-estipuladas, como as que referimos em cima, ou mesmo de penalizações financeiras, no caso de incumprimento.

A racionalidade destes incentivos pode contrariar ou reforçar a racionalidade implícita na remuneração base, dependendo das situações concretas.

O estudo do(s) impacto(s) dos sistemas de incentivos é teórico e empiricamente relevante na medida em que a ciência económica tende a assumir que os incentivos financeiros têm um impacto considerável no comportamento dos médicos, mas há argumentos de tipo psicológico e sociológico que colocam a tónica no código ético a que cada médico está vinculado (assente no melhor interesse do doente), bem como em aspectos da cultura médica (individualismo, autonomia) e das características do ambiente organizacional (participação dos médicos na gestão, negociação de objectivos), argumentos estes que podem apontar para um efeito muito mitigado ou mesmo insignificante daqueles incentivos.

Em qualquer cenário, o efeito destes incentivos é controverso por poderem induzir os médicos a tomarem decisões clínicas diferentes das que tomariam num cenário algo irreal de total ausência de incentivos, baseados apenas no interesse do doente e no seu julgamento técnico.

A relevância do tema para disciplinas como a sociologia da saúde, a economia da saúde, a psicossociologia das organizações e a gestão de organizações parece, assim, demonstrada, bem como a sua importância para a política de saúde em geral.

Acresce que o impacto das várias formas de incentivo na satisfação profissional dos médicos modifica e amplia, a médio prazo, os efeitos que aquelas produzem nos resultados de saúde, na qualidade dos cuidados e na satisfação dos doentes, motivo que alimenta a pertinência e importância do tema escolhido para este artigo de revisão.

1.2. Processo de selecção

O processo de selecção dos onze estudos que constam das referências bibliográficas deste trabalho decorreu em Fevereiro de 2002 (tendo a escrita do nosso artigo sido finalizada em Março) e partiu de várias pesquisas realizadas a partir das bases de dados Medline e Proquest Direct, disponíveis no Centro de Informação e Documentação da Escola Nacional de Saúde Pública, bem como recorrendo ao motor de busca *Google*, na Internet. As palavras-chave usadas, de forma cruzada e com combinações diversas, nas pesquisas foram «incentivos», «médicos», «satisfação profissional», «eficiência» e «relatórios/estudos de caso ou empíricos». O período de referência para a selecção compreendeu os anos de 1995 a 2001. Da listagem diversa de referências obtidas nas pesquisas houve uma selecção posterior a partir da análise dos resumos dos artigos e, sequencialmente, pela verificação da sua disponibilidade, em bibliotecas de instituições portuguesas. Assim se chegou ao conjunto dos onze estudos que vão ser objecto de revisão.

Relativamente às metodologias que os diversos estudos utilizam na sua vertente empírica, elas são as mais diversas: desde o questionário dirigido a médicos (Clack, 1999; Deckard, 1995; Grumbach *et al.*, 1998; Hadley *et al.*, 1999; Scott, 2001) à análise de dados de registos de organizações de saúde públicas ou privadas (Flood *et al.*, 1998; Gaynor *et al.*, 2001; Rice, 1997; Whynes e Baines, 1998), passando pela análise longitudinal de estudos de caso (Adinolfi, 1998) e incluindo até uma metanálise (Gosden *et al.*, 2001), ela própria uma revisão de seis estudos empíricos seleccionados pelos autores.

Os estudos utilizam, pois, métodos empíricos de investigação diversos, alguns de cariz mais qualitativo e mais próximos do campo da sociologia e da gestão, outros com uma forte vertente estatística e microeconómica, tipicamente usadas na economia da saúde. Todos apresentam a qualidade e solidez empírica que permitiu a sua publicação em revistas de referência e que, portanto, permite a sua validação como alvo de selecção para revisão. Naturalmente, o facto de termos optado por nos concentrarmos nos resultados dos estudos e não analisarmos em detalhe a validade dos métodos que estes utilizam constitui uma limitação do nosso trabalho a assinalar desde já. Um aspecto comum importante, a realçar como critério de selecção, é o de os onze estudos contribuírem, diversamente, para a resposta à questão fundamental: como (e quanto) é que factores económicos e não económicos dos sistemas de incentivos influenciam a prática da actividade médica e condicionam a sua produtividade, qualidade e a satisfação profissional dos médicos?

Em geral, verifica-se empiricamente que os sistemas de incentivos têm um impacto mensurável nas decisões clínicas, afectando, em graus diversos, a utilização dos recursos, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos médicos.

O artigo de revisão discutirá estes aspectos na próxima secção, estruturada em três pontos: análise do impacto dos incentivos financeiros na utilização de recursos dos serviços de saúde, na eficiência e custos; análise do seu impacto na satisfação profissional dos médicos e na qualidade dos cuidados; por fim, análise dos efeitos dos aspectos não financeiros dos sistemas de incentivos na satisfação profissional. Após a discussão dos resultados dos estudos, sintetizar-se-ão algumas conclusões e recomendações.

O artigo de revisão termina com as referências bibliográficas usadas: os onze estudos seleccionados.

2. Discussão dos resultados dos estudos

2.1. Impacto dos incentivos financeiros na utilização global dos recursos, eficiência e custos

Relativamente aos diferentes métodos de pagamento a médicos, Rice (1997) analisa dados relativos a 29 organizações de manutenção de saúde e 50 associações de prática médica, independentes ou funcionando em rede (tradução livre dos termos originais: *health maintenance organisations* e *network/independent practice associations*), norte-americanas, comparando os efeitos do pagamento assente na capitação face ao pagamento ao acto (PA).

Constata que em esquemas assentes no PA os médicos respondem a alterações de preço, aumentando o volume de serviços que prestam, diminuindo a referenciação para outros médicos e/ou serviços hospitalares e, inclusive, alternando os seus contratos com as organizações empregadoras, mudando para as que lhes oferecem PA mais elevados. O autor do estudo nota, no entanto, que o efeito global deste esquema de pagamento será residual porque, ao nível dos cuidados primários, 97% das organizações para a manutenção de saúde e 88% das associações de prática médica evitam usar este método de pagamento a médicos.

O pagamento por capitação parece ter efeitos opostos, dado o facto de o médico funcionar como «microsegurador» dos cuidados de saúde do doente, havendo o risco de potenciar uma subutilização de cuidados de saúde e comportamento dos médicos no sentido de maximizar as suas listas de doentes, embora Rice sublinhe que a liberdade de escolha do médico pelo doente minimiza efeitos negativos ligados à eventual insatisfação do doente com os cuida-

dos que recebe. Por comparação com o PA, constata-se uma diminuição das consultas por doente, das taxas de hospitalização e a diminuição da demora média nos internamentos. A generalidade das organizações de saúde norte-americanas estudadas tende a ser financiada deste modo, embora nem todas o apliquem aos médicos que contratam ou empregam.

Adinolfi (1998) procede a um estudo longitudinal, temperado com 10 estudos de caso de hospitais italianos, para avaliar os efeitos do complexo sistema de incentivos a médicos italianos, assente, em grande medida, no PA, embora desde 1938 (ano das primeiras experiências de pagamento deste tipo) tenha havido várias reformas que têm tornado o sistema progressivamente mais complexo e mais descentralizado.

Em geral, o pagamento do trabalho dos médicos depende do volume de cuidados individualmente prestados aos doentes, particularmente no ambulatório, o que tem gerado um perverso efeito no financiamento do sistema, dado o aumento exponencial da despesa com saúde que o esquema tem favorecido, a par com alguma indução de procura, e que parece insustentável a médio prazo. Os efeitos do PA na eficiência parecem mais positivos do que nos custos globais, especialmente em hospitais do Norte da Itália, constatando-se algumas melhorias de indicadores, como a demora média, rotação por cama e outros indicadores de eficiência operacional.

Gosden *et al.* (2001), na revisão sistemática a que procedem e que abarcou 6 estudos de caso de países com sistemas de saúde tão diversos como os EUA, a Dinamarca, o Canadá ou o Reino Unido, comparam os efeitos do pagamento por capitação e do pagamento por salário, ambos por referência ao PPS.

Concluem que, em geral, esquemas baseados no pagamento por capitação parecem restringir a quantidade de cuidados primários e secundários usufruídos pelos doentes (menor número de consultas, menor número de hospitalizações, menor referência para consultas de especialidade), por comparação com esquemas de PA previamente estabelecidos nos casos analisados. O impacto final destes distintos graus de utilização dos cuidados de saúde (sobreutilização no PA e/ou subutilização no pagamento por capitação?) no volume global de despesas de saúde total parece ser incerto, em virtude de diferentes factores organizacionais e políticos, de difícil especificação, interagirem.

Os autores do estudo verificam ainda que o pagamento por salário surge associado a um menor número de consultas, particularmente de saúde infantil (referenciadas), e a menor continuidade de cuidados do que o sistema de PA.

Por último, salienta-se o facto de todos os sistemas terem efeitos na utilização global dos recursos e na

sua eficiência, com o pagamento por capitação a parecer favorecer a subutilização dos recursos, o salário a desincentivar a produtividade individual e global (pelo menos no horário normal de trabalho, caso seja possível o médico realizar horas extraordinárias) e o PA a estimular a indução de procura pelo médico, conduzindo a uma sobreutilização de recursos e a um previsível aumento dos custos a médio prazo.

Grumbach *et al.* (1998) investigam os efeitos de incentivos financeiros do tipo pagamento extra, para além da remuneração base (fosse ela do tipo salário, capitação ou PA), com finalidades diversas, na actividade de 766 médicos de cuidados primários (medicina familiar, clínica geral, medicina interna, pediatria e ginecologia-obstetrícia), trabalhando em (ou para) organizações de cuidados de saúde geridos, do tipo das organizações de manutenção de saúde, em centros urbanos da Califórnia, nos EUA. Estes médicos responderam a um questionário, de cujo tratamento os autores realçam vários aspectos: 40% dos médicos (valor que os autores estimam estar subavaliado, por razões psicológicas) declaram que nos seus contratos de trabalho está previsto algum tipo de incentivo, quer de grupo (58%), quer assente na *performance* individual (15%), que representa 6% a 17% do seu rendimento médio de base. Os incentivos deste tipo são, pois, significativos para uma quantidade apreciável de médicos.

Os resultados são bastante elucidativos: 57% dos médicos declaram sentir pressão por parte da(s) organização(ões) de cuidados de saúde em que trabalham (mais ou menos explícita no incentivo financeiro que acresce à remuneração) para limitarem o número das referências (para outros cuidados de saúde) que podiam autorizar; 75% declaram sentir pressão para aumentarem a sua produtividade (medida, por exemplo, pelo número de consultas por dia de trabalho); 28% sentem pressão para limitarem a informação dada aos doentes sobre as opções de tratamento mais dispendiosas.

Hadley *et al.* (1999) aplicam um questionário junto de 1549 médicos de várias áreas metropolitanas dos EUA, trabalhando, a tempo parcial ou inteiro, em organizações de manutenção de saúde, para aferirem sobre a sua percepção de como os incentivos financeiros que recebiam influenciavam a sua prática médica nas vertentes de produção, satisfação global e de expectativas prévias sobre a qualidade dos cuidados.

Os resultados do seu estudo parecem, em certa medida, contrariar os que acabámos de referir, na medida em que apenas 15,9% dos médicos declaram perceber os incentivos financeiros que a organização para a qual trabalham lhes concede como

motivadores da redução de serviços de cuidados de saúde prestados por si (e apenas 5,8% declaram sentir *fortes* incentivos para essa redução). Para 67,8% os incentivos são sentidos como neutrais quanto ao (des)encorajamento de prestação de cuidados de saúde a pacientes e 16,3% declaram mesmo sentir incentivos para aumentarem os serviços de cuidados de saúde que prestam na organização.

Em geral, o incentivo para reduzir serviços é tanto mais forte quanto maior for a importância das organizações prestadoras no mercado de cuidados de saúde da área geográfica em que os médicos trabalham, quanto maior for a dependência económica dos médicos face à organização em que trabalham e quanto menor tiver sido o treino dos médicos, durante a sua formação, para a prática de cuidados de saúde custo-efectivos (aspecto que poderá favorecer a subavaliação da influência dos incentivos para reduzir serviços).

Veremos na próxima subsecção que os efeitos esperados dos sistemas de incentivos na qualidade dos cuidados e satisfação dos médicos, avaliados neste estudo, podem ser relativamente significativos.

Flood *et al.* (1998) debruçam-se sobre os registos de um grupo norte-americano de organizações de manutenção da saúde, envolvendo 220 prestadores, durante três anos e meio. Com o objectivo de avaliar o efeito de certas estratégias organizacionais do grupo na racionalização dos cuidados de saúde, comparam os resultados obtidos para os prestadores que beneficiam dessas estratégias e os que são abrangidos por um sistema de PA (que se aplica a alguns dos pacientes do grupo). Estas estratégias passam por um programa de incentivos financeiros para os médicos bem concebido (partilha de resultados, condicionada a objectivos), entre outros aspectos a referir na próxima subsecção do trabalho, cujos efeitos são comparados com os de um sistema normal de PA.

Os autores concluem que as estratégias organizacionais do grupo têm o efeito de influenciarem quer o comportamento dos médicos, quer o dos próprios doentes, constatando que, para o mesmo estado de doença, o PA conduz a serviços de saúde mais dispendiosos por doente, favorece comparativamente tratamentos posteriores mais caros (como as consultas de especialidade e a urgência) e é, portanto, menos custo-efectivo do que o sistema de incentivos financeiros integrado alternativo.

Gaynor *et al.* (2001) procedem, de modo semelhante, a um estudo a partir da análise dos registos de uma organização de manutenção de saúde norte-americana ao longo de sete anos e envolvendo 961 médicos com a finalidade de determinarem o efeito de incentivos económicos a médicos nos custos globais e na qualidade dos cuidados. O incentivo actuava a

partir de uma retenção de 20% do pagamento aos médicos, cuja atribuição era condicionada ao facto de o grupo (de entre 3 e 30 médicos) em que o médico se inseria satisfazer (ou não) objectivos de despesa inferiores (e de qualidade superiores) ou iguais a um valor objectivo previamente fixado.

Os autores estimam que os médicos reduzem, em média, em 5% as despesas globais de saúde da organização estudada em consequência dos contratos de incentivos (em que tipicamente ganham 0,1 dólares a mais por cada dólar de redução que favorecem nos custos, especialmente nos cuidados de ambulatório, visto que no internamento essa redução não foi significativa). Ou seja, contratos que os médicos negociam com a organização prestadora com uma componente de incentivos têm um efeito real de redução dos gastos de utilização dos serviços médicos em organizações do tipo das referidas.

Os autores listam várias formas efectivas de os médicos influenciarem a contenção das despesas, nomeadamente evitando que doentes com problemas crónicos, como a asma ou a diabetes, sejam internados, ensinando-os a gerirem de forma adequada as suas próprias doenças e prevenindo a utilização excessiva da urgência, alargando os horários de consulta e desenvolvendo bons sistemas de contacto telefónico fora do seu horário normal.

Whynes e Baines (1998) procedem à análise de dados de uma autoridade local de saúde do Reino Unido relativos à prática de 105 médicos de clínica geral (*general practitioner*). Constatam que o pagamento aos médicos assenta essencialmente num sistema de capitação (ajustado em função de factores de risco do doente e da antiguidade na carreira de cada médico), complementado com PAs restritos para algumas actividades clínicas específicas (como a pequena cirurgia de ambulatório e consultas de planeamento familiar) e ainda uma remuneração extra condicionada ao atingir de objectivos bem definidos (do tipo $x\%$ de população feminina de certa idade rastreada quanto ao cancro da mama ou cobertura de $y\%$ dos programas de vacinação infantil). O sistema de pagamento estudado parece bem concebido no que diz respeito à adequação dos pagamentos a médicos com as necessárias respostas às necessidades dos doentes, funcionando de forma bastante descentralizada.

A partir de uma modelização do comportamento dos médicos em que não apenas o rendimento (ou o esforço), mas também as suas preocupações com a qualidade dos cuidados prestados aos doentes são tidos como relevantes para a sua actividade profissional, os autores concluem que as diferenças nos rendimentos dos diversos médicos se devem basicamente a factores exógenos, que estes não podem

influenciar (como as características sócio-demográficas dos seus doentes), muito mais do que a comportamentos estratégicos dos médicos para aumentarem o seu nível de rendimento. Por outras palavras, neste estudo, os seus autores evidenciam haver relativamente pouca margem para comportamentos discricionários dos médicos em resposta a incentivos económicos específicos.

2.2. Impacto dos incentivos financeiros na satisfação profissional dos médicos e na qualidade dos cuidados de saúde prestados

Hadley *et al.* (1999) verificam que os médicos que declaram perceberem os incentivos financeiros de que usufruem como uma pressão para reduzirem serviços estão muito mais insatisfeitos (3,5 vezes mais) do que os médicos que declaram sentir os incentivos como neutrais quanto à sua produção e prescrição de cuidados.

Constatam também que a falta de treino médico específico no trabalho em organizações de manutenção de cuidados, a elevada penetração desse tipo de organizações no mercado de saúde da área geográfica de referência para o médico e a dependência económica do emprego na organização são factores que aumentam a probabilidade de insatisfação profissional sentida pelos médicos.

Relativamente à satisfação de expectativas prévias sobre autonomia profissional e qualidade dos cuidados, os médicos que declaram ter incentivos para restringirem os cuidados de saúde a que os seus doentes acedem têm apenas 20% das suas expectativas satisfeitas, por comparação com os que declaram incentivos neutrais. Ou seja, os incentivos económicos para limitar serviços de saúde tendem a ser sentidos como uma intrusão ilegítima na actividade profissional dos médicos. Os médicos que declaram ter incentivos para restringirem os cuidados de saúde a que os seus doentes acedem têm menor probabilidade de sentirem total liberdade na sua prática quotidiana para passarem o tempo que acharem necessário com os seus doentes, hospitalizarem-nos, manterem-nos no hospital todo o tempo recomendável ou prescreverem o conjunto adequado de análises e exames auxiliares de diagnóstico.

Adinolfi (1998), no seu estudo sobre o efeito do PA na actividade dos médicos de hospitais públicos italianos, salienta que a satisfação destes profissionais apresenta, em média, resultados negativos, ligados às desigualdades de remuneração (especialmente por parte das especialidades médicas que, ao não contactarem directamente com os doentes, como os radiologistas ou os patologistas, têm um decréscimo

comparativo de remuneração face aos restantes médicos), à falta de harmonia no local de trabalho, à desmotivação, a manipulações de dados e a jogos de poder que a burocracia do sistema parece ter facilitado. Os médicos que se mostram menos insatisfeitos com o sistema de pagamento devem-no a razões individuais (o impacto na sua remuneração) e nunca organizacionais ou globais.

A autora do estudo salienta que os objectivos do sistema de PA (basicamente ligados ao acréscimo da produtividade) têm sido afectados negativamente pela «cultura médica», assente no sentimento de pertença a uma elite e traduzida, concretamente, em aspectos como a recusa dos médicos de discutirem os aspectos económicos das suas acções e escolhas profissionais, um funcionamento individualista, insensível aos objectivos organizacionais e com pouca lealdade face à instituição que os emprega, e a oposição ao PA com base num desejo de total autonomia clínica. Os impactos perversos dos incentivos ao nível da motivação dos profissionais e da própria qualidade dos cuidados prestados parecem ficar demonstrados. No entanto, nos estudos de caso que a autora desenvolve fica demonstrada a sensibilidade dos médicos aos incentivos financeiros (originando até indução de procura), pelo que pode concluir-se que os médicos têm um posicionamento algo esquizofrénico em relação àqueles, pelo menos no país em causa.

Deckard (1995) conduz um estudo baseado na aplicação de um questionário a uma amostra aleatória de 1000 médicos do estado da Florida, nos EUA (com uma taxa de resposta de 62,8%), com o objectivo de comparar a satisfação profissional dos médicos que trabalhavam em organizações de manutenção de saúde com os que exerciam a sua prática de forma totalmente liberal. A autora constata que 62,5% dos médicos tinham contratos de prestação de serviços pelo menos com uma organização daquele tipo, em que recebiam PA (50,9%) ou pagamento com base na capitação (31,5%). Comparando os médicos envolvidos em organizações de manutenção de saúde com os que não estavam ligados a nenhuma, constata que 50% dos primeiros revelam uma fraca satisfação global com o seu trabalho, contra apenas 26% dos segundos, embora, em média, os rendimentos do primeiro grupo tivessem aumentado após o contrato com a organização.

No entanto, 61% dos médicos que trabalham em organizações de manutenção de saúde relatam poucos ou nenhuns conflitos com a gestão da organização e 56% afirmam nunca (ou raramente) sentir interferências com a sua prática profissional concreta. Também 56% dizem não sentirem ter havido alterações no modo como prestavam cuidados custo-efectivos, após terem começado a trabalhar na organiza-

ção, com o seu esquema de incentivos financeiros particular. Daí a autora falar na existência de um certo paradoxo: haver mais insatisfação profissional nos médicos sujeitos a certos incentivos financeiros quando trabalham em organizações que gerem cuidados de saúde, mas sem a correspondente clara explicação dos factores de insatisfação.

Relativamente a impactos na qualidade dos cuidados de saúde prestados, Rice (1997) estima que o PA, usado numa minoria das organizações sobre que incidiu o seu estudo, pode ter efeitos qualitativos perversos nos cuidados de saúde, através de indução de procura, originando um aumento de até 30% de consumo de serviços não estritamente necessários em termos médicos. Relativamente aos efeitos do pagamento por capitação sobre a qualidade dos cuidados, o autor considera que eles são incertos.

Da revisão sistemática de Gosden *et al.* (2001) há, a este propósito, que realçar um resultado relacionado com a comparação do pagamento por salário com o PA: os níveis de «consumo» de cuidados preventivos e de promoção de saúde, nomeadamente (mas não exclusivamente) infantis, parecem ser comparativamente menores no primeiro caso, ou seja, o pagamento por salário não beneficia a qualidade dos cuidados (e resultados) de saúde nem a continuidade e seguimento no atendimento dos utentes dos serviços de saúde por comparação com o PA (em que, por outro lado, pode haver alguma indução de procura). Os autores concluem, no entanto, que, em termos globais, sem investigação empírica mais sólida e aprofundada não podemos concluir de forma definitiva relativamente aos benefícios (ou malefícios) dos diferentes sistemas de pagamento a médicos sobre o nível e qualidade da saúde dos doentes.

Grumbach *et al.* (1998), no estudo que desenvolvem junto de perto de 800 médicos californianos, salientam o facto de, entre os médicos que declaram sentir pressão por parte da(s) organização(ões) de cuidados de saúde em que trabalham (mais ou menos explícita no incentivo financeiro que acresce à remuneração) para limitarem o número das referências (para outros cuidados de saúde) que podiam autorizar, 17% afirmarem que esta pressão era sentida como suficientemente forte para comprometer a qualidade técnica dos cuidados prestados aos seus pacientes. De entre os médicos que declaram sentir pressão para aumentarem a sua produtividade, 24% acreditam que este constrangimento compromete a qualidade dos cuidados de saúde que prestam, embora os autores frisem que não há evidência (para além da opinião dos médicos) sobre se essa diminuição de qualidade ocorreu de facto ou com que intensidade.

Há também que realçar os seguintes resultados do seu trabalho: os médicos para os quais o sistema de

incentivos financeiros estava ligado à sua produtividade tendem a estar menos satisfeitos do que os outros com a sua prática profissional; os médicos para os quais o sistema de incentivos financeiros estava ligado à qualidade dos cuidados que prestavam ou à satisfação dos seus pacientes tendem a estar (duas vezes) mais satisfeitos profissionalmente; e ainda os médicos para cuja actividade predominam os incentivos de grupo sentem menos pressão (comprometedora da qualidade dos cuidados) do que aqueles para quem os incentivos assentam na *performance* individual.

A satisfação profissional parece variar inversamente com a interferência sentida pelos médicos ao nível de (por ordem de importância) quantidade de consultas diárias, limite da informação dada ao doente (sobre tratamentos dispendiosos) e limitações às referências para outros serviços ou cuidados de saúde.

Whynes e Baines (1998), na sua investigação junto de médicos britânicos, concluem que a permeabilidade da prática profissional dos médicos aos incentivos económicos decorrerá, em parte, da sua valorização pessoal, da qualidade dos cuidados que prestam. Se o nível de preocupação dos médicos com a qualidade dos cuidados for elevado, então não haverá grande margem para que sejam fortemente influenciáveis pelos incentivos monetários (aspecto que os autores confirmaram empiricamente).

Gaynor *et al.* (2001), na análise dos registos de uma organização para a manutenção da saúde norte-americana que efectuam, encontram dados que apontam para o facto de os incentivos financeiros explicitamente ligados a medidas de qualidade de cuidados (clínicas — relacionadas com a promoção de cuidados preventivos de saúde, ligadas à satisfação dos pacientes, ou decorrentes de auditorias regulares) estimularem melhores resultados, quer na satisfação dos profissionais, quer na qualidade global da prestação de serviços na organização. Provam, portanto, que um sistema bem concebido de incentivos pode, simultaneamente, favorecer a contenção dos custos da organização com a manutenção da saúde dos seus pacientes e o aumento da qualidade, desde que haja investimento no treino e informação adequados dos médicos.

2.3. Impacto dos aspectos não financeiros dos sistemas de incentivos na satisfação profissional dos médicos

Scott (2001) examina as preferências por aspectos económicos e não económicos de 624 médicos de clínica geral ingleses e 582 escoceses (trabalhando a tempo inteiro), a partir das suas respostas a um questionário (em que obteve 70% de taxa de resposta),

com o objectivo de determinar quais os factores mais influentes na escolha do local de trabalho dos médicos.

O autor pretende, pois, avaliar a influência de factores que afectam a satisfação profissional dos médicos, para além da dimensão económica (incentivos financeiros), tais como os que condicionam o seu nível de *stress* no trabalho, a sua satisfação intelectual, a sua autonomia profissional e a sua reputação, portanto fenómenos de dimensão psicológica, dificilmente mensuráveis por comparação com os aspectos económicos, e que passam pela própria dimensão ética do trabalho médico (a medida em que estes sentem que consideram os interesses dos doentes). O seu questionário inclui a valorização de factores como a extensão do horário de trabalho normal, bem como do dedicado a serviço de chamada ou de urgência, a dimensão da lista de doentes (indicador da carga de trabalho), a oportunidade para desenvolver trabalho académico e de investigação, o tempo despendido em actividades administrativas e a existência e utilização de práticas clínicas standardizadas. Genericamente, o seu estudo empírico constata que os médicos valorizam positivamente acréscimos no seu rendimento (especialmente os médicos mais jovens) e valorizam negativamente acréscimos do seu horário de trabalho — aspectos esperados *a priori*. Verifica também que há uma clara preferência por empregos com menor lista de doentes, menor horário de trabalho normal (e menor carga de horas de serviço de urgência ou chamada), maior possibilidade de desenvolvimento de trabalho de investigação (especialmente por médicos em início de carreira) e em que haja maior utilização de práticas clínicas standardizadas; constata ainda que os médicos se mostram dispostos a prescindirem de rendimento (em escalas variáveis) para gozarem de modo mais intenso estas «características não monetárias» dos seus empregos.

Um aspecto particularmente interessante parece ser o da preferência por empregos em locais de trabalho em que a utilização de práticas clínicas standardizadas seja comum (aspecto mais relevante para as médicas do que para os médicos e mais para os mais jovens do que para os que exercem medicina há mais anos). Poder-se-ia pensar que tal seria tendencialmente rejeitado pelos médicos por poder ser sentido como uma interferência na autonomia profissional; inversamente, este aspecto é positivamente valorizado, aparentemente, pelo seu impacto benéfico esperado na qualidade dos cuidados prestados e, em consequência, na reputação e satisfação profissional dos médicos.

Clack (1999) dirige um questionário a 478 médicos formados três a cinco anos antes no King's College,

em Londres, com o objectivo de avaliar a sua (in)satisfação profissional e os motivos que a justificavam. Obteve uma taxa de resposta de 78% de médicos de diversas especialidades, 98% dos quais ainda praticavam a profissão médica (94% a tempo inteiro).

Os níveis de insatisfação que a autora detecta entre estes médicos ingleses parecem ser relativamente elevados: 21% revelam, inclusive, estarem arrependidos de terem escolhido a medicina para profissão, especialmente por causa da elevada carga horária de trabalho (50% apontam este facto), por se considerarem relativamente mal pagos (32,9%) e pelos elevados custos pessoais que a profissão acarreta, impedindo-os de terem uma vida familiar e social normal (26,3%). Curioso será notar que o factor económico surge em segundo (e não em primeiro) lugar como fonte de insatisfação.

Outros factores de insatisfação apontados no estudo foram as fracas condições de trabalho (17,1%) e a falta de reconhecimento e apoio pelos superiores na carreira médica (17,1%) e pelos gestores dos serviços de saúde (13,2%).

Estes factores apresentam algumas diferenças de intensidade, conforme se trate de médicos de cuidados primários ou de médicos hospitalares (ambos priorizam o excesso de horas de trabalho como fonte de insatisfação, mas os médicos hospitalares dão mais importância ao factor rendimento baixo) e conforme o sexo (as médicas mostram-se comparativamente mais insatisfeitas com o excesso de horas de trabalho e os médicos valorizam comparativamente mais a fraca remuneração auferida).

O estudo menciona ainda a valorização por parte do médico do relacionamento com o doente como sendo uma fonte de *stress*, quando o médico o sente como insuficiente, ou de satisfação, quando o médico sente que dispõe de tempo e condições para dedicar ao doente a atenção necessária.

Deckard (1995) conclui, na sua investigação, haver fundamentação empírica para a importância dos aspectos comunicacionais entre gestores de organizações de manutenção de cuidados de saúde norte-americanas e os médicos que nelas trabalham enquanto fonte de promoção da satisfação profissional destes.

Políticas de gestão que incentivem a participação dos médicos nas decisões de gestão da organização, que os libertem de trabalho burocrático e administrativo e que os apoiem na rentabilização (negociada) do seu tempo de trabalho parecem estimular um clima de diálogo que pode contrabalançar as percepções negativas e a insatisfação que os sistemas de incentivos financeiros, isoladamente considerados, tendem a alimentar nos médicos.

Flood *et al.* (1998) avaliam também os aspectos organizacionais da racionalização da prestação de cuidados pelos médicos em organizações de manutenção de cuidados de saúde, sublinhando que as estratégias organizacionais que favorecem a contenção de custos de saúde passam por um pacote bem desenhado de incentivos financeiros, desde que a par com um conjunto de medidas de comunicação organizacional e negociação relativas às características dos tratamentos custo-efectivos, a existência de um sistema de informação eficaz que permita um controlo regular mas não obstrutivo da prática clínica, um conjunto de regras predefinidas para as comparações face às normas consideradas objectivo na organização e um *feed-back* regular das taxas de utilização de certos serviços pelos médicos acompanhado de elogios aos que superam os objectivos.

Os autores concluem que este conjunto alargado de estratégias organizacionais encoraja uma utilização mais racional dos recursos pelo médico, a par com a garantia de qualidade dos cuidados, favorecendo, pois, muito mais a satisfação dos profissionais do que o pacote de incentivos financeiros individualmente considerado.

3. Conclusões e recomendações

Uma primeira conclusão que se impõe é a de que os médicos são, de facto, influenciados pelos sistemas de incentivos económicos e não económicos relacionados com a sua actividade profissional, que, portanto, distorcem a prática médica por comparação com um cenário (irreal) de inexistência de incentivos. Os incentivos económicos têm efeitos (quantitativos e qualitativos) distintos ao nível da quantidade de serviços de saúde utilizados (em termos de custos e de produtividade), da qualidade dos cuidados e da satisfação profissional dos médicos, conforme a sua concepção de base (esquemas PA, capitação ou salário), bem como conforme a proporção de incentivo que acresce à remuneração base, no caso de se tratar de uma remuneração extra, condicional ao cumprimento de certos objectivos (prova-se a sensibilidade dos médicos ao risco económico).

A dimensão do impacto destes incentivos monetários, mensurada empiricamente, parece, no entanto, ser muito menor do que certas formulações teóricas, particularmente do campo da economia, poderiam fazer supor (como, por exemplo, a amplamente conhecida teoria da indução da procura pela oferta). É, portanto, algo surpreendente que, face à escassa fundamentação empírica, haja opiniões políticas tão fortemente consagradas sobre esta matéria.

Ainda assim, um aspecto especialmente grave evidenciado por alguns dos estudos revistos é que existem situações (ao nível micro da organização ou mesmo ao nível macro de sistemas de saúde públicos, como o italiano) em que os médicos aceitam sistemas de incentivos a que eticamente têm fortes objecções por poderem pôr em causa a qualidade dos cuidados que prestam e diminuir mesmo (nalguns casos fortemente) a sua satisfação profissional.

A garantia de qualidade de cuidados e de satisfação dos médicos é, pois, muito mais bem conseguida através de sistemas de incentivos em que os objectivos de qualidade sejam explicitados como desejáveis (a par com os de, nomeadamente, poupança de recursos), bem como os de satisfação dos próprios doentes.

Do ponto de vista político, parecem-nos, assim, recomendáveis os modelos de pagamento a médicos de tipo misto, com objectivos quantitativos e qualitativos explicitados (combinando, por exemplo, pagamento com base em capitação com PA para actividades restritas, com controlo eficaz e negociado de resultados, a par com incentivos extra dependentes da qualidade dos cuidados e da satisfação dos doentes). Acresce que a desejabilidade dos incentivos de grupo (grupos com um número restrito de médicos) parece superar a dos incentivos estritamente individuais, dado o facto de os primeiros estimularem um espírito de cooperação na actividade clínica, mais custo-efectivo, mais favorecedor da satisfação dos médicos e com menores custos administrativos.

Os incentivos não financeiros à actividade dos médicos (horário de trabalho adequado, formação contínua, boas condições de trabalho, existência de práticas clínicas standardizadas, participação na formulação de objectivos) têm um papel autónomo considerável na sua motivação e um forte poder de complementarem e reforçarem o poder dos incentivos financeiros, devendo ser aplicados por uma gestão dos recursos humanos que tenha em conta as características particulares dos médicos com que lida (idade, antiguidade e posição na carreira, sexo, trabalho em cuidados primários ou em hospitais), na medida em que fica demonstrado que estas condicionam, de forma distinta, a valorização relativa atribuída a todos aqueles aspectos.

A satisfação dos médicos, enquadrada por uma cultura de grupo com aspectos muito particulares, depende, pois, crucialmente, da qualidade do ambiente organizacional do seu local de trabalho: nível de negociação interna e de diálogo, envolvimento dos profissionais nos objectivos comuns e na melhoria da qualidade, valorização do espírito de equipa e qualidade do sistema de informação.

□ Referências bibliográficas

ADINOLFI, P. — Performance-related pay for health service professionals : the Italian experience. *Health Services Management Research*. 11 : 4 (1998) 211-220.

CLACK, G. — A retrospective survey of medical speciality choice and job satisfaction in a sample of King's graduates who qualified between 1985/86 and 1989/90. *Medical Teacher*. 21 : 1 (1999) 77-82.

DECKARD, G. — Physician responses to a managed environment : a perceptual paradox. *Health Care Management Review*. 20 : 1 (1995) 40-46.

FLOOD, A., *et al.* — How do HMSs achieve savings? The effectiveness of one organization's strategies. *Health Services Research*. 33 : 1 (1998) 79-99.

GAYNOR, M.; REBITZER, J.; TAYLOR, L. — Incentives in HMOs. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research, 2001 (*Working paper* 8522) 33 p.

GOSDEN, T., *et al.* — Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*. 6 : 1 (2001) 44-55.

GRUMBACH, K., *et al.* — Primary care physician's experience of financial incentives in managed care systems. *The New England Journal of Medicine*. 339 : 21 (1998) 1516-1521.

HADLEY, J., *et al.* — Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice styles and satisfaction. *Health Services Research*. 34 : 1 (1999) 307-321.

RICE, T. — Physician payment policies : impacts and implications. *Annual Review of Public Health*. 18 (1997) 549-565.

SCOTT, A. — Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics. *Journal of Health Economics*. 20 (2001) 329-347.

WHYNES, D.; BAINES, D. — Income-based incentives in UK general practice. *Health Policy*. 43 (1998) 15-31.

□ Summary

IMPACT OF INCENTIVE SYSTEMS IN PHYSICIANS' ACTIVITY — A SURVEY OF RECENT STUDIES EMPIRICALLY BASED

This review article, completed in March 2002, critically appraises the results of eleven empirical studies published between 1995 and 2001 on the impact of distinct incentive systems, economic and non-economic, in physicians' professional activity, at different levels: efficiency, quality and professional satisfaction.

In an introductory section, a presentation of the conceptual framework of the theme is done, its political and academic relevance is argued, and the selection process of the studies considered is described.

In the following section, empirical evidence is analysed in three sub-sections: impact of financial incentives on the utilisation of health services' resources, efficiency and costs; their impact on physicians' professional satisfaction and on the quality of care; and, finally, impact of non-financial aspects of incentive systems on professional satisfaction.

The article ends with a synthesis of conclusions, stressing out that incentive systems do change physicians' behaviour, when compared to a (unrealistic) context where incentives do not exist; that the dimension of the impact of economic incentives seems to be smaller than it is usually assumed by theory; and that non-financial incentives have an important role in physicians' motivation and a strong power of complementing financial incentives. Therefore, from a political point of view, mixed types of physicians' payment models are recommended, with quantitative and qualitative objectives well explicit, and taking into account the specificities of the cultural and organisational environment related to the selected professional group.