

A remuneração dos profissionais no Hospital Israelita Albert Einstein

Míriam Branco da Cunha

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) é um grande hospital geral, capaz de atender a todas as demandas do ciclo que envolve prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A opção preferencial da organização é pela alta complexidade. Atende a uma população de classe A. É uma entidade filantrópica, com acreditação pela *Joint Commission*.

O HIAE conta atualmente com 512 leitos. Seu atual Plano Diretor é bastante agressivo, com uma proposta de expansão para cerca de 800 leitos. Alguns números atuais do hospital: saída/ano: 35 500;

cirurgias/ano: 26 000; 3 000 partos/ano; 230 transplantes/ano; 97 000 atendimentos no Pronto Atendimento; taxa de ocupação de 80%; e 5 800 funcionários. Com o Plano Diretor, o número de funcionários deverá chegar próximo a 8 000 funcionários. O atendimento diário é de 2 000 pacientes.

Como é esse universo Albert Einstein no que diz respeito aos Recursos Humanos? Como estão distribuídos os seus profissionais? Existe, em uma posição central, uma Diretoria eleita. O Einstein –

Diretora de Recursos Humanos do Hospital Israelita Albert Einstein

uma instituição israelita – conta com um Conselho e há eleições que elegem, a cada três anos, o Presidente e os Vice-Presidentes da instituição.

Existem hoje cerca de 300 lideranças formais, 68% na área assistencial. Dos demais 5 500 profissionais, 54% estão na assistência direta, 21% no apoio à assistência e 25% na área administrativa. Há ainda um corpo clínico aberto de aproximadamente 5 000 médicos cadastrados.

Dos funcionários da assistência, 67% do grupo estão na enfermagem, 16% são médicos e os demais estão nas diversas outras categorias, como farmacêuticos, biomédicos, fisioterapeutas etc. Sessenta e sete por cento do nosso quadro são de mulheres. Na enfermagem esse percentual é de 76%. A média de tempo de casa alcança cinco anos e a média de idade é de 35 anos.

Os médicos atuam nas mais diversas áreas, com maior concentração nas de Pronto Atendimento, UTI e de diagnósticos. Apesar de diferente do mercado geral, a opção por manter os médicos de diagnóstico como funcionários foi resultado de um amplo estudo relacionado à remuneração desses profissionais.

Há cerca de três ou quatro anos, havia uma grande discussão dentro da instituição sobre o tipo de vínculo que deveria ser estabelecido com os médicos: funcionários, parceiros, ou com um vínculo de prestador de serviço como Pessoa Jurídica, por exemplo, que é muito comum nas instituições hospitalares.

No que se refere a recursos humanos de um modo geral, um hospital é um mundo autônomo e complexo. São vários negócios dentro de um só negócio. Uma UTI é um negócio, uma Maternidade é um outro negócio. São outras expectativas de clientes e os profissionais precisam de capacitações e conhecimentos técnicos diferenciados.

Além dos processos de atendimento direto ao paciente, existem ainda diversos setores de apoio como por exemplo farmácia, suprimentos, alimentação e lavanderia. Há um alto grau de exigência em especialização pelos serviços primários. Diferente de outros tipos de organização, no concernente à alimentação, higiene, segurança, há uma exigência grande de especificações.

Existem diversas formas de regulação profissional: mais de 30 jornadas de trabalho, mais de 150 horários diferentes de trabalho, mais de 25 sindicatos distintos, mais de 30 especialidades na Saúde e as mais variadas especialidades médicas.

Qual foi a estratégia de remuneração adotada pela instituição? Primeiramente a busca por uma gestão de remuneração que pudesse refletir todas as necessidades dentro desta grande comunidade. As primeiras necessidades seriam as das áreas. Quando se fala em Albert Einstein, a referência não é apenas a um hospital. Além do hospital, há um serviço grande de Medicina Diagnóstica e Preventiva, um Instituto de Ensino e Pesquisa, com professores universitários, mestres, doutores e pesquisadores. Existe também toda uma área corporativa, administrativa, pois a busca do Einstein em se profissionalizar cada vez mais traz uma demanda diferente, que é trazer do mercado, profissionais preparados nas diversas áreas administrativas. Assim, o desafio de Recursos Humanos nessa instituição é ter um olhar para todas as diversas expectativas.

Qual a estratégia para poder manter uma equidade interna dentro deste grupo tão diverso? A opção foi pela utilização de uma metodologia reconhecida internacionalmente e que pudesse adaptar-se, nessa imensa diversidade de necessidades, de expectativas e de

especialidades. Foi adotada a metodologia *HAY*.

A metodologia *HAY* trabalha a equidade a partir da pontuação das posições. É possível, desta forma, fazer comparações, ainda que não se consiga encontrar no mercado os mesmos cargos, é possível avaliá-los a partir do mesmo peso em pontuação.

A competitividade é um grande objetivo do HIAE. Mapear e obter a competitividade da remuneração no mercado para, então estabelecer estratégias internas de acordo com esse mercado, para que possamos ser atrativos.

O grande desafio é a comparação tanto com os mercados da Saúde quanto com o mercado em geral. Porque, se existe a necessidade de atração de profissionais de outras áreas, é preciso haver uma competitividade com o mercado como um todo além de políticas que possam direcionar a gestão de remuneração.

Para tanto, promovemos a determinação de uma estrutura de cargos e salários a partir da identificação de um valor relativo para cargos diferentes. A metodologia escolhida, a *HAY*, proporcionou e proporciona a medição de cargos diferentes a partir de alguns atributos que permitem uma avaliação equitativa interna na instituição.

Acreditamos que a gestão das pessoas é feita por quem está lá na linha de frente, gerindo esses diversos negócios. Precisávamos dar suporte aos gestores e não centralizar uma metodologia. Foram criadas políticas para possibilitar aos gestores que tomassem para si a responsabilidade na gestão da remuneração em suas áreas. Nesse grupo, criamos políticas para a diferenciação de desempenho favorecendo o alcance dos resultados em cada área de negócio e políticas para promoção, mérito, bônus e benefícios.

O processo de conceituação de remuneração começou a ser trabalhado em 2001 e 2002, porém apenas em 2004, principalmente em função da remuneração médica, acabamos optando pela metodologia *HAY*. Já tínhamos tido uma experiência com outra parceira, sem sucesso e então decidimos utilizar essa metodologia, inicialmente para os médicos e depois com expansão para as demais categorias.

A proposta era criar a base da carreira médica utilizando workshops com a participação de representantes médicos. No início, trabalhamos com grupos representativos de lideranças médicas, explicando o conceito, na proposta de mudar até uma cultura estabelecida no hospital em relação à remuneração e às expectativas de crescimento de carreira.

Havia uma tendência muito forte de se avaliar as pessoas e não o cargo. Existia dificuldade em entender o que realmente era necessário ser feito nos cargos, pois se remetia sempre às pessoas que os ocupavam.

Após o estabelecimento dos cargos, a próxima tarefa foi estabelecer quantas posições, ou cadeiras de cada nível, seriam necessárias em cada negócio. Só então o foco foi deslocado para as pessoas, usando a metáfora: qual o tamanho de cada pessoa em relação à cadeira? Quem está iniciando no cargo normalmente é pequeno e ainda tem espaço para crescer, conforme vai crescendo a cadeira vai tornando-se pequena. É preciso portanto ter na empresa espaço para crescimento em uma mesma cadeira e criar espaços e processos que facilitem a mudança para novas e maiores cadeiras. Sem isso, corremos o risco criar cargos a partir das pessoas e definir a remuneração em função das pessoas e não das

necessidades, dos cargos e do negócio. E, por fim, algo que pudesse estar atrelado aos resultados da Instituição. Porque, caso contrário, poderia não ter sustentabilidade.

A metodologia HAY parte da descrição do cargo. A avaliação é feita utilizando três fatores: *know-how* - técnico, gerencial e de relações humanas; processo mental - contexto, tamanho do desafio daquela cadeira, o quanto que ele realmente tem um impacto nos resultados, ou para o paciente, ou financeiros, ou de qualidade, ou seja, qual o processo mental envolvido; e a responsabilidade por resultados - a atuação, a magnitude, o impacto das ações dentro daquela cadeira. Isso de acordo com uma técnica e uma metodologia específica.

No caso dos médicos, esta avaliação foi realizada a partir dos *workshops*. Especialistas da HAY, juntamente aos vários grupos de médicos, atribuíram os pesos a cada um desses três fatores e chegaram a uma pontuação de cargo. Isso foi alocado numa tabela e homologado por um comitê de remuneração interno na instituição.

O comitê de remuneração utilizou além da pontuação HAY, uma análise de quais são as principais áreas estratégicas dentro da instituição, onde seria necessária maior competitividade para atrair profissionais de alto nível. Tudo isso foi feito num trabalho em conjunto, com várias cabeças.

Em um primeiro momento, nossa proposta era colocar todos os profissionais em uma única tabela salarial, mas foi necessário fazer uma tabela específica para os médicos. As duas remetem a uma carreira em Y.

No grupo geral de profissionais, a carreira começa com o auxiliar, passando pelo técnico operacional e depois vem a carreira profissional. Essa carreira profissional é para os cargos que exigem uma formação superior. Depois há a possibilidade de crescer ou para um lado mais gerencial, ou para um lado de especialista. De um lado, estão os profissionais, os cargos com responsabilidades sobre pessoas; do outro, os cargos de contribuição individual. Isso permite, por exemplo, que os cargos que estão em ambos os lados do Y tenham o mesmo nível de *status*, mesmo nível de benefícios, o mesmo nível de remuneração. É a mesma coisa para os médicos. Foi permitida a criação de um médico com o mesmo nível de um coordenador de uma área, com o mesmo nível de *status*, mas sabendo que a expectativa é de uma contribuição individual, é um especialista naquela área. As movimentações podem ocorrer tanto para cadeiras verticais, quanto horizontais.

A metodologia permite que haja crescimento dentro do próprio cargo, dentro de uma faixa salarial. Esse crescimento está atrelado a um programa de mérito – anualmente revisto – e os crescimentos horizontais são permitidos.

A faixa salarial oscila de 80% a 120% do valor médio do mercado. Isso cria um horizonte no qual é possível começar em um cargo antes do ponto médio (100%), ou seja, há a possibilidade de aproveitar pessoas não tão maduras ainda dentro de um cargo, desenvolver essas pessoas – são aqueles magrinhos ainda dentro da cadeira que ainda têm espaço para crescer – e fornecer um espaço para seu desenvolvimento e reconhecimento, antes de pular para uma outra cadeira, em um novo cargo. Assim como é possível manter pessoas com salários acima do mercado por desempenhos destacados ou em fase de desenvolvimento para novas oportunidades.

A gestão ideal é que haja a distribuição dos profissionais em

uma curva normal. Cada vez que há um processo de mérito, essa distribuição é apresentada para a Diretoria, como está essa distribuição interna e quanto será necessário de verba ou de trabalho ou em que áreas é preciso investir mais para se chegar na gestão ideal.

As promoções surgem quando há uma oportunidade devido ao crescimento de quadro ou a necessidade de substituição de um profissional. Se o profissional está com desempenho adequado, preparado para assumir outro patamar de responsabilidade e atende aos critérios estabelecidos, ele migra verticalmente para o outro cargo. Isso é para todos. O médico que entra como médico I pode passar para médico II, médico III, médico IV etc.

Especificamente no tocante à remuneração médica, como abordado anteriormente, o processo iniciou-se em 2004. A motivação para este trabalho foi o desgaste instalado na relação com os médicos devido aos seguintes fatores: falta de diretriz clara em relação ao tipo de vínculo que a instituição queria manter com alguns médicos - principalmente os médicos ligados a diagnóstico que no mercado não possuem vínculo empregatício com os hospitais – que ocasionava discussões a cada nova contratação; a contratação de vários executivos do mercado inclusive do primeiro CEO que ocasionaram a percepção de desvalorização da inteligência médica.

Como a percepção estava longe do que a instituição realmente acredita, iniciou-se rapidamente a criação de um sistema de incentivo diferenciado, revendo o modelo de remuneração, resgatando a valorização da inteligência médica e, principalmente, contando com a participação desses médicos.

Esse processo todo de construção foi a partir da criação de uma comissão de médicos, representantes tanto das áreas de diagnóstico, da Medicina Diagnóstico e Preventiva, quanto do Hospital, com a participação da Diretoria de Prática Médica e com apoio dos Recursos Humanos. Não foi um programa de Recursos Humanos, na verdade nos posicionamos como apoio para esse grupo. Houve um *benchmark* internacional. Este grupo de representantes esteve em algumas instituições americanas, conhecendo como funcionava a remuneração médica, como se dava essa contratação e esse pagamento a partir de todos estes estudos e encontros foi elaborada a proposta de remuneração médica, com o apoio da HAY.

Finalizado o trabalho os resultados foram apresentados de forma transparente para os demais grupos de médicos. Precisávamos ser competitivos, estimular a motivação. O sistema anterior não estava adaptado à cultura de algumas áreas médicas e isso acabava ocasionando uma falta de motivação. Alguns grupos passaram a receber remuneração variável e outros não, porém todos os médicos passaram a receber bônus anual.

Uma cumplicidade com o ganha-ganha entre médico e instituição foi necessária. Para se manter, periodicamente o programa é avaliado e validado junto a Diretoria Financeira, a Diretoria de Prática Médica e grupo de médicos.

Respeitar a meritocracia e a produtividade, tendo a avaliação do desempenho como alicerce do reconhecimento, era algo que trazia muita dificuldade também: estabelecer um alicerce do reconhecimento em função de dados concretos de desempenho. Contar com formas de valorizar ações extraordinárias de atividades assistenciais, como pesquisa,

ensino, dedicação à filantropia, dentro do processo de remuneração. Privilegiar a qualidade e valorizar o compromisso com a instituição.

O desenho ou o modelo de remuneração médica possui três componentes que são: um salário-base mensal, um bônus anual e mais um variável mensal.

A composição da nossa verba para os componentes variáveis: o bônus e a variável mensal, é avaliado a partir do resultado operacional líquido. Este indicador para pagamento está vinculado a um alcance de no mínimo 80% e um teto de 120% do compromisso com o resultado da instituição.

E qual é a métrica utilizada para definir a verba que será distribuída? Os nossos programas estão atrelados a número de salários de acordo com as categorias e os cargos profissionais, utilizando como base o mercado e a estratégia da instituição. Só para ilustrar, é como definir que para atingir a meta em 100%, consideraremos um salário para um médico I e II e, três salários para o médico III e IV. Se atingir 80%, meio salário e um salário respectivamente; e, ultrapassando, até 120%, dois e cinco salários respectivamente.

Com esta base é montada uma tabela-referência, por nível de posição. Esta base definirá a verba total que será distribuída aos profissionais considerando o número de profissionais que existem em cada uma das categorias, e na média de salário. Isso vai formar a verba, não a distribuição desta verba. Isso não significa que as pessoas recebem aquilo. Aquilo só constrói um *funding*, uma verba para ser distribuída.

Como se faz a gestão do desempenho e da recompensa médica? Para o bônus anual, considera-se o resultado operacional líquido das áreas diretamente ligadas ao Hospital e MDP. Todos os médicos que atingiram os objetivos são elegíveis para receber esse bônus. A gestão de desempenho considera a avaliação técnica e comportamental, sendo que o peso de cada uma oscila entre os percentuais de 50-50, 60-40. É algo que pode ser mobilizado desde que acordado no início do processo. Na nossa experiência, começamos com o impacto maior na parte comportamental (60-40), pois já existia uma avaliação de desempenho focada em competências comportamentais, para todos os profissionais. Essa avaliação já era algo que fazia parte da nossa cultura. Ela foi a primeira base. Decidimos por considerar um peso maior, num primeiro momento, para essa avaliação, que é a avaliação do gestor.

Existe ainda muito para ser melhorado. Por exemplo, teve início em 2004, exercitada em 2005, uma prova de conhecimento técnico que todos os médicos, para serem elegíveis, devem realizá-la.

É considerado ainda, como indicadores da parte técnica, a adesão a protocolos, a qualidade dos laudos e a educação médica continuada - um programa institucional que pontua o nível do desenvolvimento dos nossos médicos, são pontuados os congressos de que participam, artigos publicados, aulas ministradas entre outros. Tudo isso passa por um processo, onde é estabelecida uma pontuação que será considerada na avaliação, na distribuição do bônus.

O variável mensal hoje está em quatro áreas elegíveis. A nossa proposta é de que com o amadurecimento desse processo possamos estender isso a outras áreas.

Hoje, as áreas elegíveis são a Cardiologia Intervencionista, Endoscopia, Imagem e UTI. O critério para escolher essas áreas levou em consideração um conjunto de características. Uma delas foi que estávamos

buscando as áreas onde houvesse procedimentos intervencionistas e onde há maior competitividade no mercado. Estão relacionadas à alta complexidade, que é onde o Einstein procura se colocar e busca um posicionamento diferenciado. São áreas nas quais há uma maior receita, há uma maior participação médico-paciente, e áreas que já recebiam uma remuneração variável anteriormente. Ou seja, não a criamos e sim aperfeiçoamos o que historicamente era realizado, focando especificamente em resultado e procedimentos realizados.

Os critérios são bem parecidos com o do bônus anual. Existe um gatilho a partir dos resultados da área, um resultado calculado no final de cada mês e pago no exercício seguinte.

A tabela de referência é a mesma, ou seja, existe o número de salários médicos e é nesse número que é a base para fazer o *funding*, a verba, e o pagamento máximo limitado a 120% do ROL.

A pontuação de produtividade tem que ser algo mais simples, porque isso é feito mensalmente, mas de uma forma clara e transparente. A pontuação está focada em três grandes pilares: atividades assistenciais extraordinárias, que chamamos de AAE, que é adesão a protocolos e qualidade de laudos; atividades administrativas extraordinárias; e, um terceiro, ensino e pesquisa.

Quem vai estabelecer isso, nessas quatro áreas, quem estabelece esse parâmetro para distribuição daquele *funding* são os gestores das áreas. Eles vão estabelecer quais são as atividades sujeitas à pontuação e que vão ser validadas e consideradas mensalmente na distribuição desse variável. Os 3 pilares e as suas atividades são customizadas por área, ou seja, não tem um padrão para todas as áreas. Na Unidade de Terapia Intensiva os padrões são uns, na Imagem os padrões são outros totalmente diferentes.

Estamos em um processo de aprendizado. Não pensamos que chegamos ao ápice, o melhor que se podia ser feito nesse assunto. São discussões e mais discussões. Praticamente todos os meses fazemos reuniões para discutir, compartilhar com as equipes médicas como estamos, como está a aceitação do grupo etc.

Quando se falava em resultado operacional líquido, dentro dos cálculos financeiros, estava lá a depreciação. Só esse assunto é tema para vários debates e discussões. Os médicos diziam: *Então a instituição está comprando equipamento de alta tecnologia, e nós vamos pagar por essa depreciação?* E do outro lado: *Precisamos realmente trocar os equipamentos em períodos tão curtos? Os resultados são diferentes?* Isso é discutido constantemente e analisado em relação ao nosso histórico. Porque nada disso é novo. Começamos em 2004 com esse sistema participativo, mas temos todo um histórico de remuneração desses médicos e temos possibilidade de analisar mercado em função disso.

No final de cada ano são estabelecidas as metas de resultados para o próximo ano. Os primeiros resultados são resultados financeiros porque são eles que vão iniciar ou não o processo. Uma área que não consegue ter um resultado capaz de sustentar essa remuneração variável mensal, fica com difícil implantação do modelo. Isso também cria um movimento interno para buscar, cada vez mais um aprimoramento.

No final de cada ano, é definido qual é o resultado esperado para aquela área específica e, com base nisso, se estabelece um percentual. Por exemplo, existe uma meta com um resultado esperado de R\$ 80 milhões, possuo uma massa salarial de R\$ 20 milhões e a minha verba para remuneração variável é de R\$ 6 milhões. A remuneração

médica variável vai representar, então, 30% do total, porém 8% do resultado operacional líquido daquela área, não há problema nenhum de se aumentar ou reduzir os dispêndios com os médicos, desde que sejam entregues os resultados conforme foi estabelecido e com a qualidade exigida. Se houver a decisão de se aumentar os gastos com os médicos, tudo bem, desde que isso represente também um aumento na receita, porque está ligado diretamente ao percentual do resultado operacional.

Aumentando essa massa salarial, devo aumentar também os resultados operacionais. Isso cria um compromisso diferenciado na gestão e na forma de encarar a remuneração médica na instituição.

As premissas para a remuneração médica são de um modelo dinâmico, em constante revisão, que as melhorias sejam sempre implantadas para melhor atender às expectativas mútuas. Isso exige discussão, e não vem da Diretoria e nem do grupo de médicos, mas vem das discussões que são feitas constantemente entre ambas as partes. Primeiro, porque quando se fala de resultados financeiros, são necessárias várias reuniões com a Diretoria Financeira e com o grupo de médicos; explicar o que cada coisa quer dizer dentro dos demonstrativos financeiros; conquistar, a cada dia, a credibilidade, a confiança dos médicos nesse processo; e do financeiro, toda uma dedicação para explicar e eliminar as dúvidas. Por fim, entendemos que esse modelo está em aperfeiçoamento e é merecedor de uma análise contínua.