



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA PAe Nº 000014.10/2024-CFM – PARECER CFM Nº 20/2025

ASSUNTO: Operadoras de planos de saúde; contratos de planos de saúde; remuneração; remuneração médica; remuneração profissional.

RELATOR: Cons. Francisco Eduardo Cardoso Alves

EMENTA: Sistema de capitação (*capitation*) — remuneração médica por valor *per capita* — implicações éticas, econômicas e assistenciais. Transferência de risco da operadora para o médico e potencial conflito entre incentivos financeiros e dever de beneficência. Prática afronta diretamente o Código de Ética Médica. Mercantilização da medicina. Eticamente inaceitável.

DA CONSULTA

Solicita-se parecer quanto à eticidade da implementação, por parte de operadoras de planos de saúde, do modelo de remuneração em saúde suplementar denominado capitação (*capitation*), no qual o prestador ou equipe médica recebe valor fixo mensal por paciente cadastrado, independentemente do número de atendimentos ou procedimentos realizados. Questiona-se se esse modelo é compatível com o Código de Ética Médica e com os princípios que regem a boa prática assistencial, especialmente diante dos riscos de mercantilização, subatenção e de restrição de acesso.

DO PARECER

O sistema de capitação representa uma transferência significativa do risco econômico da operadora de saúde para o médico ou entidade prestadora. Enquanto o modelo *fee for service* (FFS) remunera por ato e tende a estimular a oferta excessiva de serviços, a capitação estimula o controle de custos, podendo gerar eficiência administrativa e previsibilidade financeira. Entretanto, ao remunerar por paciente, e não por atendimento, cria-se incentivo intrínseco à redução de volume assistencial, com risco de comprometimento da integralidade e da segurança do cuidado.

À luz do Código de Ética Médica (CEM – Resolução CFM nº 2.217/2018), o modelo de remuneração por capitação pode conflitar com diversos princípios fundamentais da profissão, notadamente os princípios II, VIII, IX, X e XV, pois, ao transferir para o médico o risco atuarial da



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

sinistralidade e do custo da operação, pode promover o subtratamento e comprometer a atenção integral, em oposição ao foco da medicina na saúde humana. O modelo também pode ameaçar a liberdade profissional do médico ao impor restrições orçamentárias e configurar exploração do trabalho ao transferir o risco financeiro da operadora para o prestador.

O modelo de remuneração por capitação pode conflitar com vários artigos do CEM, em especial o art. 20, que veda a interferência de interesses pecuniários na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo evidente o risco de conflito ético quando o modelo de capitação vincula a conduta médica à contenção de custos, assim como os arts. 58, 63 e 67, que reforçam a proibição do exercício mercantilista da medicina, da exploração do trabalho de outros médicos e da retenção indevida de honorários, dispositivos frequentemente vulnerados por contratos de capitação que concentram poder econômico nas operadoras.

Para saber até que ponto tais riscos encontram respaldo na realidade, é essencial analisar as evidências científicas disponíveis sobre a matéria.

A análise de maior relevância científica e robustez metodológica sobre o tema é a revisão sistemática da Cochrane Collaboration (Gosden *et al.*, 2000), que comparou diferentes modelos de remuneração médica – capitação, salário, *fee for service* e sistemas mistos – por meio de 14 estudos elegíveis, sendo 9 de alta qualidade. Essa revisão demonstrou que o modelo de capitação está associado à redução do volume de consultas e encaminhamentos, sem piora consistente dos desfechos clínicos ditos leves, mas com risco de suboferta assistencial relevante quando aplicado sem mecanismos de controle e incentivos à qualidade, em especial em pacientes da alta complexidade. Por sua metodologia rigorosa e independência institucional, a Cochrane é reconhecida internacionalmente como a principal referência em medicina baseada em evidências, conferindo a esses achados grau de evidência 1A e peso normativo elevado para decisões éticas e regulatórias.

Complementarmente, este parecerista realizou, entre julho e outubro de 2025, uma revisão exploratória e síntese crítica da literatura sobre o modelo de capitação e seus efeitos sobre o comportamento dos provedores, a qualidade assistencial e os desfechos clínicos, baseada em artigos indexados nas bases PubMed, Scopus, Embase e Cochrane Library, utilizando critérios inspirados na metodologia GRADE modificada para hierarquização da evidência. Foram inicialmente identificados 1.030 artigos que citavam de alguma forma o tema. Após triagem, 347 foram excluídos por ausência de resumo ou duplicidade. Foram para análise 683 estudos, dos quais 588 foram excluídos por baixa relevância temática. Dos 95 estudos restantes, 16 trabalhos





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de alta relevância e validade metodológica foram selecionados, abrangendo ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais comparativos e revisões narrativas e sistemáticas. Entre eles, destacam-se Tamblyn *et al.* (2010), Hennig-Schmidt *et al.* (2011), Yip *et al.* (2014), Brosig-Koch *et al.* (2015), Andoh-Adjei *et al.* (2017), Chami & Sweetman (2019), Oxholm *et al.* (2019), Dzampe & Takahashi (2023) e Skovsgaard *et al.* (2023).

A síntese desses estudos demonstra, de modo consistente, que a capitação reduz a intensidade e o volume de serviços prestados em cerca de 7% a 12% e 28% a 37%, respectivamente, sem piora global dos desfechos clínicos, mas com risco recorrente de suboferta para pacientes complexos em aproximadamente 40% das amostras analisadas. A força global dessas evidências foi classificada como moderada (nível 2A), sustentando a fragilidade da adoção desse modelo de remuneração, em especial para pacientes da alta complexidade ou agudos, vistos na revisão da Cochrane Collaboration.

O conjunto das evidências demonstra que a capitação pode levar, sim, a suboferta de cuidados em pacientes complexos mesmo na vigência de mecanismos de ajuste de risco ou monitoramento da qualidade assistencial, e ela, embora contribua para reduzir exames e prescrições desnecessárias – como antibióticos e exames laboratoriais –, pode aumentar a assimetria na relação entre médicos e pacientes, que são hipossuficientes por natureza.

A suposta eficiência do modelo, baseada em redução de custos e contenção de consumo de serviços, não supera o risco de subcuidado a pacientes graves, crônicos e vulneráveis, como oncológicos, cardiopatas, nefropatas, imunossuprimidos e idosos frágeis. Mesmo quando há salvaguardas contratuais, a lógica intrínseca de repassar o risco atuarial ao médico induz, consciente ou inconscientemente, a decisões econômicas em detrimento do cuidado, criando um conflito ético insanável entre o dever de curar e a pressão para economizar.

Ainda que estudos de evidência moderada indiquem baixo risco de piora global de desfechos clínicos em casos leves, eles refletem contextos controlados e não traduzem a complexidade do ambiente assistencial brasileiro. A ética médica não se pauta pela estatística do dano, mas pela defesa intransigente da segurança e da dignidade do paciente.

Sob a ótica da Resolução CFM nº 2.147/2016, que define as responsabilidades dos diretores técnicos e clínicos, a adoção do modelo de capitação fere o dever do diretor técnico de assegurar condições dignas de trabalho, garantir qualidade e segurança assistencial e prevenir glosas e restrições que comprometam o ato médico. O repasse de risco e a limitação de recursos



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

assistenciais configuram, portanto, infração ética indireta do gestor que o adota, pois inviabilizam o cumprimento dos deveres previstos nos arts. 2º e 4º da referida norma.

Do ponto de vista bioético, a capitação viola o princípio da beneficência, ao subordinar a decisão clínica a restrições econômicas; o princípio da não maleficência, ao expor pacientes a atrasos diagnósticos e terapêuticos; e o princípio da justiça, ao criar desigualdades no acesso conforme a complexidade do caso. Além disso, atinge a autonomia médica, uma vez que o profissional deixa de decidir segundo sua consciência e passa a decidir segundo o limite orçamentário imposto.

Sob a ótica bioética, o dilema central entre o excesso de tratamento em pacientes de baixo risco e o subtratamento de pacientes de alto risco deve ser resolvido pela hierarquia dos princípios de não maleficência e justiça. O *“overtreatment”* – a realização de procedimentos desnecessários em pacientes de baixo risco – representa um problema de eficiência e pode gerar desconforto, desperdício e até iatrogenia leve; contudo, o subtratamento de pacientes graves ou complexos tem consequências potencialmente irreversíveis, podendo levar a perda de função orgânica, a agravamento clínico e até a morte evitável. Assim, sob qualquer prisma ético, o risco do subcuidado supera amplamente o risco do excesso, pois atinge o núcleo do dever médico de preservar a vida e aliviar o sofrimento. Enquanto o excesso pode ser corrigido por protocolos clínicos e auditorias técnicas, o dano causado pela omissão terapêutica é, em regra, irreparável. Portanto, a medicina ética deve sempre tolerar melhor o custo do zelo do que o preço da negligência.

Ainda que a literatura internacional reconheça eventuais ganhos de eficiência, a ética médica brasileira, fundamentada na primazia da vida e na responsabilidade indelegável do médico, não admite a capitação como forma legítima de remuneração médica. Tal prática é intrinsecamente mercantilista, afronta o espírito do CEM, viola a Resolução CFM nº 2.147/2016 e contraria o compromisso moral de que nenhuma economia justifica a supressão de cuidado em saúde.

DA CONCLUSÃO

Após ampla análise técnica, científica e bioética, conclui-se que o modelo de remuneração por capitação, ainda que juridicamente permitido e potencialmente eficiente do ponto de vista econômico, é eticamente inaceitável sob qualquer forma de implementação na medicina. A transferência de risco econômico da operadora para o médico representa uma distorção estrutural da finalidade da medicina, convertendo a relação de cuidado em relação mercantil, o



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

que afronta diretamente o CEM (Resolução CFM nº 2.217/2018), a Resolução CFM nº 2.147/2016 e os princípios fundamentais de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça distributiva. A capitação transfere ao médico um risco financeiro indevido, distorce o juízo clínico e ameaça a segurança do paciente, devendo ser considerada contrária ao CEM.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 24 de outubro de 2025.

FRANCISCO EDUARDO CARDOSO ALVES

Conselheiro Relator



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDOH-ADJEI, F. et al. A narrative synthesis of illustrative evidence on effects of capitation payment for primary care: Lessons for Ghana and other LMICs. *Ghana Medical Journal*, Accra, v. 51, n. 2, p. 84-95, 2017.

BOACHIE, M.; AMPORFU, E. Effect of capitation payment method on health outcomes, healthcare utilization, and referrals in Ghana. *PLOS Global Public Health*, São Francisco, v. 4, n. 1, e0002423, 2024. DOI: 10.1371/journal.pgph.0002423.

BROSIG-KOCH, J. et al. The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence. *Health Economics*, Chichester, v. 26, p. 243-262, 2015. DOI: 10.1002/hec.3292.

BROSIG-KOCH, J. et al. Physicians' incentives, patients' characteristics, and quality of care: A systematic experimental comparison of performance-pay systems. *International Journal of Health Economics and Management*, New York, v. 25, n. 1, p. 45-62, 2025. DOI: 10.1007/s10754-025-09390-x.

CHAMI, N.; SWEETMAN, A. Payment models in primary health care: A driver of the quantity and quality of medical laboratory utilization. *Health Economics*, Chichester, v. 28, n. 10, p. 1234-1246, 2019.

DZAMPE, A.; TAKAHASHI, S. Financial incentives and health provider behaviour: evidence from a capitation policy in Ghana. *Health Economics*, Chichester, v. 32, n. 11, p. 2445-2462, 2023. DOI: 10.1002/hec.4773.

GOSDEN, T. et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, CD002215, 2000. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.

HENNIG-SCHMIDT, H.; SELTEN, R.; WIESEN, D. How payment systems affect physicians' provision behaviour: an experimental investigation. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 30, n. 4, p. 637-646, 2011.

HILLMAN, A. L.; PAULY, M. V.; KERSTEIN, J. J. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations?. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 321, n. 2, p. 86-92, 1989. DOI: 10.1056/NEJM198907133210205.

OXHOLM, A. et al. Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes: an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, Abingdon, v. 51, n. 32, p. 3498-3510, 2019.

SHEN, J. et al. The effects of payment method on clinical decision-making: Physician responses to clinical scenarios. *Medical Care*, Baltimore, v. 42, n. 3, p. 297-302, 2004. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114918.50088.1c.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

SKOVSGAARD, C. et al. Increasing capitation in mixed remuneration schemes: Effects on service provision and process quality of care. *Health Economics*, Chichester, v. 32, n. 7, p. 1357-1375, 2023.

TAMBLYN, R. et al. Randomized evaluation of the impact of physician payment method on the quality of primary care. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 182, n. 15, p. 1608-1615, 2010. DOI: 10.1503/cmaj.091489.

TAO, W.; AGERHOLM, J.; BURSTRÖM, B. The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, London, v. 16, n. 1, 542, 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1805-8.

TUMMALAPALLI, S. et al. Capitated versus fee-for-service reimbursement and quality of care for chronic disease: A U.S. cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, London, v. 22, n. 1, p. 145-152, 2022. DOI: 10.1186/s12913-021-07313-3.

YIP, W. et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices in rural China. *Health Affairs*, Bethesda, v. 33, n. 3, p. 502-510, 2014. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1003.