

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

MATHEUS XAVIER HOLSTEIN

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE EMPRESAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE
PORTO ALEGRE SOBRE OS DIFERENTES MODELOS DE REMUNERAÇÃO
ASSISTENCIAL**

Porto Alegre

2018

RESUMO

De acordo com pesquisa realizada, em 2016, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em conjunto com o Datafolha, 37% dos brasileiros apontam a saúde como o principal problema do país (2018). As entidades envolvidas no mercado de saúde suplementar não estão dispostas a assumir os riscos de uma mudança no modelo de remuneração, ainda que ela venha a trazer uma melhor qualidade aos pacientes. Isso por que uma melhora na qualidade nem sempre está atrelada a uma redução de custos. O presente trabalho teve como objetivo identificar e analisar os principais modelos de remuneração assistencial praticados, na saúde suplementar, entre operadoras de saúde e hospitais do município de Porto Alegre e propor alternativas visando a contenção de custos assistenciais. A partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar que o sistema fee-for-service além de premiar a ineficiência, está levando o sistema de saúde suplementar de Porto Alegre a um patamar de gastos que não terá sustentação em curto prazo. Entretanto, não há consenso sobre como, nem qual modelo de remuneração deva ser adotado pelas entidades. Os modelos alternativos propostos pelos gestores não possuem validação no cenário da saúde suplementar em Porto Alegre, o que traz um nível de incerteza para qualquer afirmação feita. No que diz respeito à relação entre a qualidade da assistência prestada aos pacientes e os modelos de remuneração, muitos gestores ressaltaram a característica do modelo fee-for-service de premiar o insucesso.

SUMÁRIO

1	DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	4
2	JUSTIFICATIVA	8
3	REVISÃO TEÓRICA	9
3.1	RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E HOSPITAIS	9
3.2	MODELOS DE REMUNERAÇÃO	10
3.2.1	Pagamento por serviço prestado (<i>Fee-for-service</i>)	11
3.2.2	Pagamento por pacote (<i>Bundle Payment</i>)	12
3.2.3	Capitação (<i>Capitation</i>)	12
3.2.4	Pagamento por desempenho (P4P)	13
4	OBJETIVOS	15
4.1	OBJETIVO GERAL	15
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
5.1	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	16
5.2	TÉCNICAS PARA ANÁLISE DE DADOS	17
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS	18
6.1	AS RAZÕES DA PREDOMINÂNCIA DO MODELO DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO (FEE-FOR-SERVICE)	19
6.2	MODELOS ALTERNATIVOS QUE SE ENQUADREM NA REALIDADE DO MUNICÍPIO	22
6.3	A RELAÇÃO ENTRE MODELO DE REMUNERAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS	27
7	CONCLUSÕES	31
	REFERÊNCIAS	34

1 DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

O mercado de planos de saúde forneceu cobertura de saúde suplementar para mais de 47 milhões de brasileiros em 2017, conforme aponta o Relatório da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) (2018). Ainda de acordo com o Relatório, o ramo de saúde suplementar movimentou recursos bilionários no mesmo ano. A receita de contraprestações chegou ao patamar de R\$ 165,2 bilhões, enquanto as despesas assistenciais, sendo estas todas as despesas resultantes da utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores glosados, foram de 141,8 bilhões no mesmo ano. Acrescidas das despesas administrativas, as operadoras de plano privado de assistência à saúde alcançaram um resultado operacional de R\$ 2,0 bilhões. Entende-se como uma operadora de plano privado de assistência à saúde como uma pessoa jurídica, de modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opera planos privados de assistência à saúde como despesas, conforme glossário do Ministério da Saúde (MS) (2009).

O Rio Grande do Sul, conforme relatório divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em julho de 2018, ocupava a quinta colocação no ranking dos estados com maior número de beneficiários da saúde suplementar, com 2,6 milhões de pessoas vinculadas. Isto representa 2,8% do total de beneficiários registrados no mesmo período, ficando atrás de estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná. Se considerarmos a representatividade deste número em relação ao dado populacional divulgado pelo IBGE (2018), que estima uma população de aproximadamente 11 milhões no estado, temos cerca de 23% da população atendida pela saúde suplementar.

Os planos de saúde suplementar, eram anteriormente regidos por regras da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), porém desde junho de 1998 são regulados pela Lei nº 9.656 da ANS. Esta regulamentação, segundo Silva (2003), implementou garantias básicas, como ampliação das coberturas assistenciais, expansão dos direitos dos usuários, proibição de rompimento unilateral de contrato, monitoramento de preços. Este marco regulatório também padronizou os formatos de contratação dos planos, como individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos

empresariais, variando conforme a pessoa responsável pela contratação, física ou jurídica.

Os valores dos planos sofrem incidência de percentuais diferentes para reajuste anuais e também são regulados pela Lei nº 9.656 da ANS. Os planos individuais e familiares tiveram um reajuste máximo fixado em 10% em 2018, acima da inflação do ano anterior, porém abaixo da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), índice que mede a inflação no setor de saúde. Estes mesmos planos individuais, se considerados os reajustes acumulados desde 2011, apontam um aumento de 123% nos oito reajustes sofridos. Este percentual atinge cerca de 20% de todos os beneficiários de planos de saúde, enquanto os beneficiários restantes estão distribuídos nas outras formas de contratação. Os planos coletivos empresariais e coletivos por adesão não possuem limite de reajuste estabelecido em lei e varia conforme a utilização do plano por parte do beneficiário, ou seja, os que mais gastam têm um reajuste maior. Estima-se que em 2019 estas modalidades de contratação terão um reajuste médio de 15% a 19% (IESS, 2017)

O cálculo do reajuste dos planos de saúde leva em consideração dados demográficos da população, como idade e sexo e índice de utilização do plano. Logo, quanto mais o plano é utilizado, maior a tendência de o reajuste a ser aplicado seja maior. Os valores pagos pela utilização do plano de saúde dependem diretamente das negociações entre os agentes do sistema suplementar, que hoje é composta principalmente por operadoras e prestadores de serviços de saúde, como hospitais, clínicas médicas, serviços de diagnósticos, entre outros. Neste ponto que o presente estudo buscou atuar, mais precisamente, na negociação dos valores de prestação de serviços entre operadoras de saúde e hospitais. Não existe hoje regulamentação para tal negociação, ficando a cargo dos agentes envolvidos traçarem suas estratégias de precificação e contraprestação, estabelecendo previamente uma tabela de preços para procedimentos e insumos utilizados (SILVA, 2003).

Estima-se que em 2017, no Brasil, foram gastos R\$ 28 bilhões indevidamente, decorrentes de fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. Este número representa 19% do total de despesas assistenciais no período, conforme estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2018). Além do desperdício, o envelhecimento da população, os custos com novas tecnologias e

medicamentos e a judicialização da saúde contribuem para que o VCMH seja consideravelmente superior ao índice de inflação geral (IPCA). O último relatório disponibilizado pelo IESS, que considera o período de 12 meses de 2016, traz os valores do VCMH e do IPCA, respectivamente como 20,4% e 6,3% (IESS, 2017).

O processo de envelhecimento, no Brasil, pode ser observado a partir do aumento da proporção de pessoas com idade igual ou maior do que 65 anos, na população geral que era de 4,8% em 1991 e em 2010 atingiu o patamar de 7,4%. Somado a isso, o percentual de crianças entre 0 e 4 era de cerca de 5,6%, chegando a 3,7% em 2010 (IBGE, 2010). Este fator possui grande impacto na precificação dos planos de saúde, uma vez que a taxa de utilização dos serviços de saúde aumenta com a idade, onerando os atendimentos (SILVA, 2003).

O modelo de negociação no qual se baseia o sistema de saúde suplementar brasileiro é o pagamento por serviço prestado (**fee-for-service**), onde a operadora de saúde se compromete a pagar à rede prestadora de serviço todos os insumos utilizados no atendimento de um beneficiário. Esta rede, compreende o conjunto de estabelecimentos de saúde indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde. Esta prestação de serviços, segundo Azevedo (2016) ocorre por meio de hospitais, médicos, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica. Esse modelo incentiva a superutilização dos serviços e conseqüentemente o aumento dos custos, não estando necessariamente atrelado a uma melhor qualidade de saúde à população atendida (KOYAMA et al, 2007). Neste modelo se remunera a quantidade, e não a qualidade. Contudo, ainda que seja o modelo predominante no Brasil, este não é o único formato disponível no mercado. Diversos países no mundo, como África do Sul, Canadá, Estados Unidos, Alemanha, dentre outros já praticam diferentes formas de remuneração dos serviços de saúde, como o pagamento por pacote (**bundle payment**) e o pagamento global (**global payment**). Ambos modelos se desdobram em diferentes formas e possuem vantagens e desvantagens que serão discutidas ao longo do trabalho.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo analisar os diferentes modelos de contraprestação, ou modelos de remuneração, de serviços disponíveis, buscando a percepção dos gestores de empresas do ramo da saúde suplementar de Porto

Alegre sobre estes modelos e apontar possíveis caminhos a serem seguidos pelas organizações privadas nas futuras negociações, a partir dos dados obtidos.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com pesquisa realizada, em 2016, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em conjunto com o Datafolha, 37% dos brasileiros apontam a saúde como o principal problema do país (2018).

As entidades envolvidas no mercado de saúde suplementar não estão dispostas a assumir os riscos de uma mudança no modelo de remuneração, ainda que ela venha a trazer uma melhor qualidade aos pacientes. Isso por que uma melhora na qualidade nem sempre está atrelada a uma redução de custos. Somado a isso, a desconfiança entre os envolvidos no processo é fundamental para a manutenção do formato atual, dificultando um trabalho conjunto de proposição de soluções. Tal fato se comprova a partir do incentivo em 2013, por parte da ANS, para criação de um grupo de trabalho entre hospitais e fontes pagadoras para debater as possíveis soluções, contudo, este grupo foi descontinuado na época por falta de participantes, sendo retomado somente em 2016, ainda sem grandes definições.

O presente trabalho pode servir de insumo aos gestores de empresas da saúde suplementar de Porto Alegre, para disseminação das percepções quanto aos diferentes modelos e das pretensões estratégicas das empresas para o futuro dos modelos de remuneração do mercado.

3 REVISÃO TEÓRICA

Na presente seção, abordar-se-ão os principais conceitos e teses sobre os modelos de remuneração assistencial praticados, expondo suas características positivas e negativas do ponto de vista gerencial.

3.1 RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS E HOSPITAIS

Silva (2003) afirma que o nível de desconfiança e desequilíbrio existente na relação entre operadoras de saúde e prestadores de serviços é tão forte que, com um cenário desastroso sendo desenhado por ambas as partes, às vezes parecem dois inimigos que lutam continuamente e desesperadamente, como se não tivessem uma grande interdependência para obter sucesso em seus negócios

Segundo Campos (2006) os dois agentes possuem interesses distintos e reconhecem que para se manterem no mercado de saúde suplementar é preciso criar mecanismos saudáveis de relacionamento comercial. Entretanto, segundo Silva (2003) o interesse no crescimento de um é atrativo ao outro, uma vez que ambos encontraram na ineficiência do setor público de saúde uma oportunidade:

“O setor público continuamente expondo suas iniquidades que, açodadas pelas constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como um grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem a sua atuação no mercado. Atuação essa feita sem regulamentação. Encontrando os prestadores de serviços extremamente interessados em pacientes de planos de saúde privados como alternativa para as suas dificuldades junto ao sistema público de saúde. Some-se a esse cenário, o forte auxílio de uma espiral inflacionária que encobria as ineficiências, e permitia, na ciranda financeira, ganhos acima das margens de lucratividade e rentabilidade do negócio.” (SILVA, 2003)

O autor acrescenta ainda que a regulação dos planos de saúde através da Lei nº 9.656, que estabeleceu as regras dos planos privados de assistência à saúde e implementou garantias básicas para os beneficiários da saúde suplementar, teve um impacto determinante na relação entre operadoras de saúde e seus prestadores de serviços. Isso por que, dentre outros pontos, a regulamentação estabeleceu coberturas mínimas obrigatórias aos beneficiários, o que acarretou uma mudança nas condições assistenciais, de acesso e garantia de direitos.

No que diz respeito às relações contratuais entre operadoras de saúde e hospitais, estas são regidas pela Resolução Normativa (RN) Nº 363, de 2014 (ANS). Entretanto, segundo Azevedo et al (2016) a relação das partes através desta formalização constitui apenas o credenciamento à rede de serviços da operadora. A normativa da ANS se restringe a questões operacionais e burocráticas e não aborda limites para a negociação de preço entre as partes. Ainda segundo o autor, os contratos geralmente são celebrados com modalidade de pagamento conta aberta ou por serviço prestado (fee-for-service), onde não há pagamento por qualidade dos serviços prestados e há um incentivo ao desperdício e a utilização de procedimentos de maior custo, como será abordado mais adiante.

3.2 MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Segundo Cherchiglia (1994 apud BESSA, 2011), um sistema de remuneração consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas. Sejam quais forem os princípios que norteiam sua elaboração, trata-se de uma forma de controlar o comportamento dos membros da organização, com objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Ainda segundo a mesma autora, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece dois principais sistemas de remuneração:

- Remuneração por resultado – sistema no qual os ganhos variam segundo o tipo, quantidade e qualidade dos serviços produzidos, enfatizando produtos ou resultados individuais ou coletivos, que podem ser expressos em termos de ato, caso tratado ou pessoa atendida.
- Remuneração por tempo – o ganho é em função do tempo em que o trabalhador está à disposição do empregador. Não existe uma relação explícita, formal e previamente estabelecida entre remuneração e volume de produtos produzidos (CHERCHIGLIA, 2002).

Andreazzi (2003) afirma existirem ainda outras maneiras de classificar modelos de remuneração, pelo tempo no qual eles ocorrem:

- Retrospectiva (ou pós-pagamento) – quando a remuneração é feita por um serviço já prestado;

- Prospectiva (ou pré-pagamento) – quando a remuneração é previamente definida com base em critérios alinhados entre as partes;
- Misto – modelo composto por ambas as formas – pré e pós – onde a distribuição ideal é definida pelos gestores;

3.2.1 Pagamento por serviço prestado (*Fee-for-service*)

Segundo Bessa (2011) este é um modelo de forma retrospectiva, ou pós-pagamento. Tradicionalmente é utilizado como forma de remuneração do trabalho médico e dos serviços hospitalares, onde o pagamento é feito por procedimento individual, item a item. Ainda segundo o autor, no hospital, o modelo ocorre com base em uma tabela de valores associados a todos os insumos utilizados durante a prestação de um serviço médico. Não há controle sobre a quantidade de serviços realizados, o que pode acarretar em aumento nos valores das contas.

De acordo com o *Center of Health Care Quality and Payment Reform* (2017), os principais problemas deste modelo de pagamento são: a incapacidade de garantir que, mesmo com altos custos, os pacientes terão acesso ao tratamento apropriado, de alta qualidade ou com resultado satisfatório; o pagamento de muitos serviços de alta qualidade ainda está abaixo do real custo de prestação dos mesmos; e a impossibilidade de previsão por conta da fonte pagadora do valor final necessário para pagamento do tratamento de uma doença. Em contrapartida, o mesmo periódico afirma que as vantagens de utilização deste modelo são as seguintes: o pagamento é realizado quando o paciente realmente recebe o serviço; pagamentos são maiores para pacientes que necessitam de mais serviços – ainda que haja críticas sobre a utilização de serviços desnecessários, qualquer tipo de serviço que não suporta a utilização de mais recursos quando necessário, pode levar a um resultado indesejável – por fim, os prestadores de serviços sabem o quanto vão ser pagos antes de prestar o atendimento.

O modelo *Fee-For-Service* (FFS) 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 (GOSDEN et al, 2001).

3.2.2 Pagamento por pacote (*Bundle Payment*)

Neste modelo, insumos como serviços, diárias, procedimentos, taxas, materiais e medicamentos passam a compor um pacote com preço fixo, e diz respeito a um determinado tipo de atendimento. O modelo traz maior previsibilidade para a operadora, por isso, Koyama et al (2007) afirma que no pagamento por pacote o prestador tem maior participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante.

O principal problema observado por estudiosos da área, segundo Bessa (2011), é o de que a integração de recursos em um pacote é única e exclusivamente focada na redução de custos e não na melhoria do valor ao cliente final. Este acaba sendo o recurso encontrado pelos hospitais que, pressionados pelas fontes pagadoras pela retenção de custos, veem no modelo uma forma de viabilizar o sistema atingindo as expectativas das fontes pagadoras, com previsibilidade e compartilhando o risco (OKAZAKI, 2006).

Este modelo é ainda bastante semelhante ao que será caracterizado em seguida, o modelo de capitação. Isso por que o pagamento por um pacote de serviços pode ser feito individualmente para um único prestador, ou ainda para um grupo de prestadores designados para o atendimento de uma determinada patologia, como cardiopatia, por exemplo. O pagamento então é distribuído entre todos os agentes da cadeia de atendimento, seguindo determinadas regras previamente acordadas. O desafio, neste caso, torna-se saber qual dos prestadores é o principal responsável pelo atendimento, de forma que este receba sua parte proporcional na divisão (GAPENSKI, 2007)

3.2.3 Capitação (*Capitation*)

Koyama et al (2007) define o modelo de capitação como quando o prestador recebe um valor fixo por cada beneficiário assistido numa determinada região pela qual passa a se responsabilizar. Entretanto, de acordo com o McClellan (2017), o modelo de capitação pode vir a incorrer em falhas quando o prestador pode ser remunerado por um serviço mal prestado.

Neste modelo pode-se verificar casos de subutilização de recursos necessários – consultas, exames, materiais, etc. -, pois se buscam pacientes com custo menor e evita-se o encaminhamento para especialistas, com vistas à maximização de ganhos (ROBINSON, 2001 apud BESSA, 2011). Este modelo de remuneração é comumente utilizado por empresas norte-americanas com vista de racionalizar o uso de serviços médicos e hospitalares, por meio da utilização de médicos generalistas. O beneficiário para ter acesso a uma determinada especialidade médica deve antes passar por uma consulta com um médico generalista. Este modelo, portanto, possui características mais restritivas perante os demais (KOYAMA et al, 2007).

3.2.4 Pagamento por desempenho (P4P)

Muitos países vincularam problemas com remuneração às preocupações sobre qualidade e performance dos serviços prestados (MANNION, 2008). Pagamentos por performance têm ganhado atenção e são baseados na esperança de que os incentivos oferecidos vão acarretar em comportamentos desejáveis dos prestadores. Porém, não são poucos estudos que tentam definir minimamente o que seriam estes comportamentos desejáveis, tal como Koyama (2007), que define qualidade assistencial como um termo abstrato que vem sofrendo alterações decorrentes das necessidades das organizações e dos objetivos dos avaliadores, podendo ser caracterizado como excelência, valor, conformidade a critérios definidos e satisfação dos usuários.

Greene e Nash (2009) afirmam que os programas de desempenho, quando bem estruturados, possuem grandes chances de atingirem objetivos de melhora na qualidade. Quinn (2015) afirma que um modelo de pagamento não pode ser neutro em questões de qualidade. Já Abicalaffe (2010, apud Bessa 2011), propõe:

“[...] Um modelo de remuneração por performance baseado na qualidade da assistência à saúde dos pacientes com definição de indicadores baseado em 4 domínios: estrutura, eficiência técnica, efetividade do cuidado e satisfação do cliente. Em estrutura, contemplam-se indicadores de recursos humanos, de tecnologia e registros eletrônicos; em eficiência técnica, definem-se indicadores essencialmente relacionados a processos, custos, utilização de protocolos clínicos, dentre outros; em efetividade do cuidado, relacionam-se indicadores de resultado, de práticas clínicas e de medicina preventiva e, em satisfação do cliente, considera-se a percepção do cliente quanto ao atendimento.”

Segundo Strokes et al (2018) existe um consenso de que os atuais modelos de assistência não são adequados para os desafios dos sistemas de saúde mundialmente. Ainda segundo o autor, o envelhecimento da população, somado às novas doenças pode levar a tratamentos fragmentados e ineficientes, o que requer um movimento de criação de linhas de cuidado integrados.

Da mesma forma como os modelos de assistência não são adequados para os desafios do sistema de saúde, os modelos de remuneração não dispõem de incentivos apropriados para que o paciente possua o tratamento adequado (STROKES, 2018 tradução própria).

De acordo com Quinn (2015), dinheiro não tem muita influência nas decisões tomadas por médicos e outras entidades que prestam assistência. Porém, o método de pagamento claramente afeta quando, quanto e como a assistência é prestada. Bessa (2011) afirma que altos custos não traduzem cuidados efetivos, preventivos e baseados em evidência científica, de modo a obter melhores resultados para sua saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho teve como objetivo identificar e analisar os principais modelos de remuneração assistencial praticados, na saúde suplementar, entre operadoras de saúde e hospitais do município de Porto Alegre e propor alternativas visando a contenção de custos assistenciais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer e analisar a percepção dos gestores de operadoras de saúde e hospitais de Porto Alegre sobre:

- As razões da predominância do modelo de pagamento por procedimento (fee-for-service);
- Modelos alternativos que se enquadrem na realidade do município;
- A relação entre modelo de remuneração e qualidade dos serviços prestados;

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a elaboração deste estudo, foi realizada a coleta de dados junto aos gestores de hospitais e operadoras de saúde de Porto Alegre, buscando a sua percepção sobre os diversos modelos de remuneração existentes no mercado. Além disso, o tema da relação entre as entidades hospitalares e operadoras também foi abordado.

A delimitação do público avaliado se deu através de consulta ao site da ANS, com listagem das empresas devidamente registradas. Posteriormente, foi realizado contato telefônico com estas entidades, a fim de obter informações de contato de seus gestores para direcionamento dos questionários a serem aplicados.

Para esta etapa, através de acesso ao site Sala de Situação da ANS, em 18 de março de 2019, foram identificadas 15 empresas que se enquadram no escopo buscado, dividindo entre 7 operadoras de saúde e 8 hospitais privados situados em Porto Alegre. A partir deste momento, através de contato telefônico, foram identificados os gestores que poderiam responder às perguntas propostas.

No dia 2 de abril de 2019, foi iniciado o encaminhamento do primeiro questionário através de email (APÊNDICES A e B), a fim de identificar quais os modelos mais praticados pelas entidades analisadas. Após o retorno destas mensagens, os gestores foram indagados se os mesmos teriam disponibilidade para responder perguntas a partir de um questionário estruturado (APÊNDICES C e D). Para aqueles que manifestaram disponibilidade para participar da segunda etapa de entrevista, foram agendados encontros entre abril 2019 e junho de 2019.

Roesch (2005) defende que o uso de duas técnicas é benéfico ao resultado da pesquisa, uma vez que propiciam resultados complementares. São essas: pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa. Oliveira (2001) define o primeiro como uma forma de quantificar opiniões, dados, nas formas de coletas de informações, além do uso de ferramentas estatísticas para análise dos mesmos. Ainda segundo o autor, a pesquisa qualitativa possui a facilidade de descrever a complexidade de um determinado tema, ou problema, bem como identificar a interação das diversas variáveis que incidem sobre o fenômeno. Por isso, a coleta destes dados será feita junto ao público alvo

deste estudo, com a utilização de ferramentas para abordagens qualitativas, contemplando a análise dos objetivos propostos.

A pesquisa qualitativa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas realizadas presencialmente com os entrevistados, com a gravação e posterior transcrição das mesmas. Entende-se que, devido à importância fundamental que os entrevistados exercem em suas organizações, o fator tempo disponível para a realização destas entrevistas foi o principal empecilho do levantamento das informações.

5.2. TÉCNICAS PARA ANÁLISE DE DADOS

Os dados fornecidos através do primeiro contato com os gestores foram organizados com uso de recursos de estatística e a pesquisa qualitativa teve seus dados organizados a partir da transcrição das entrevistas realizadas, para posterior análise e interpretação pelo pesquisador.

Na fase qualitativa, os dados foram extraídos para a análise com a interpretação do pesquisador. Estes dados permitiram entender as falhas e vantagens percebidas dos modelos de remuneração, bem como as perspectivas de quais modelos poderão vir a serem utilizados no futuro, além de estimar quais os modelos de remuneração mais praticados no mercado de saúde suplementar portoalegrense.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Primeiramente, cabe destacar a dificuldade encontrada para a realização da etapa de entrevistas para a pesquisa. Apesar da receptividade inicialmente demonstrada pelos gestores que se disponibilizaram a responder as perguntas, muitos optaram por não participar da segunda etapa, pelos mais diversos motivos. Dos que se dispuseram, o principal motivo apontado foi o interesse em encontrar soluções para este assunto que, apesar de bastante discutido, ainda não apresenta desfecho.

Das 15 entidades identificadas, obteve-se retorno, através de email, da primeira etapa de entrevistas de 9 gestores, sendo 4 de operadoras de saúde e 5 de hospitais privados. Os resultados obtidos nesta etapa foram compilados, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Questionário 1

Entidade	Fee-For-Service	Bundle	Capitation	P4P	Outras	Modelo Misto
Hospital A	X	X		X		X
Hospital B	X	X		X	DRG	
Hospital C	X	X			DRG	
Hospital D	X	X			DRG	
Hospital E	X	X				
Operadora A	X	X				
Operadora B	X	X		X	DRG	
Operadora C	X	X				X
Operadora D	X	X				

Após o retorno das respostas do primeiro questionário, os gestores foram convidados a participar da segunda etapa, consistida de uma entrevista orientada por questionário estruturado. Do total de 9 respondentes da etapa anterior, 6 gestores se mostraram disponíveis para realização da segunda etapa. Os nomes dos entrevistados foram suprimidos e alterados por “Gestores”, no caso dos gestores de operadoras e “Administradores” no caso dos gestores dos hospitais. A organização

desta seção se deu a partir do agrupamento de trechos das entrevistas, pautadas pelos objetivos específicos do presente trabalho:

- As razões da predominância do modelo de pagamento por procedimento (fee-for-service);
- Modelos alternativos que se enquadrem na realidade do município;
- A relação entre modelo de remuneração e qualidade dos serviços prestados;

6.1. AS RAZÕES DA PREDOMINÂNCIA DO MODELO DE PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO (FEE-FOR-SERVICE)

É notória a predominância do modelo fee-for-service em todas as instituições entrevistadas. Entretanto, dificilmente este é o único modelo praticado. Algumas vezes citado como “conta aberta” o fee-for-service muitas vezes é o modelo compartilhado com o pagamento por pacote (**bundle**):

“Atualmente, cerca de 80% do faturamento do hospital corresponde a fee-for-service. Incluo neste percentual, tanto a cobrança da “conta aberta”, quanto a cobrança por pacotes”.

“Aproximadamente 90% da remuneração que a operadora paga aos hospitais é por fee-for-service. O restante corresponde a pacotes”.

“Provavelmente 95% do que pagamos aos hospitais é através do fee-for-service. (...) O que temos conseguido fazer é trabalhar com diferentes formatos da “conta aberta”, incorporando diversos insumos, como materiais e medicamentos, ao custo da diária. Isso não necessariamente altera o modelo de remuneração, mantendo o fee-for-service e, de certa forma, privilegia o insucesso no tratamento”.

Apesar disso, existem opiniões de que da forma como o sistema opera hoje, dificilmente as operadoras e hospitais que atuam no segmento conseguirão se manter sustentáveis no longo prazo:

“O fee-for-service foi bom até então. Ele construiu um sistema que opera de forma justa, no que diz respeito à utilização dos recursos. Se foi usado, foi pago. Entretanto, esse cenário também incentiva o desperdício e esse desperdício que fez com que a gente necessite de uma mudança drástica, a fim de garantir a sobrevivência das instituições do setor”.

“Uma coisa eu creio que todos que tu fores entrevistar estarão de acordo: com o fee-for-service a saúde suplementar não se sustenta mais 10 anos. Ou muda, ou em 10 anos vamos estar falando somente em SUS”.

“Vemos hoje com muita apreensão a saúde financeira das operadoras e dos hospitais. Por um lado, o sistema não comporta os custos das mensalidades, com um índice de sinistralidade cada vez maior. Por outro lado, os hospitais operam com margens cada vez mais baixas e hoje sustentam suas atividades com muitas dificuldades”.

No que diz respeito aos motivos pelos quais ainda se utiliza o modelo fee-for-service nas transações entre operadoras e hospitais, tanto os gestores, quanto os administradores, alegam que a falta de amadurecimento de outros modelos e a falta de confiança consolidada no meio são os principais motivos pelos quais o modelo fee-for-service se mantém como o mais utilizado:

“O modelo fee-for-service é predominante, pois já é utilizado há bastante tempo. Ele é um modelo que fez com que chegássemos e nos mantivéssemos onde estamos hoje. Uma mudança de modelo requer um amadurecimento nas operações e na confiança entre as partes. Requer uma melhor sintonia e clareza nos critérios de precificação, qualidade e segurança assistencial. É necessária a definição de padrões de atendimento, o que é extremamente complicado, a fim de prever os recursos e custos necessários, para então precificar o produto hospitalar”.

“O modelo fee-for-service está muito focado no modelo de auditoria e uma falta de fundamentação no estabelecimento de regras. Por exemplo, para um determinado procedimento só se pode usar dois equipos, mas pergunto: com base no que são somente dois? É ciência, ou por que o orçamento só me permite usar dois? Estas regras não são claras para todos. Temos que melhorar a comunicação entre as partes a fim de facilitar as negociações na padronização de regras.”

Foi apontado também que a relação entre hospitais e operadoras de saúde é um dos entraves para a mudança de modelos. Alguns dos entrevistados alegaram que não há relação com outras partes que não seja para a negociação de insumos ou de valores:

“Sei que atualmente não consigo ter poder de negociação com os hospitais como têm as grandes operadoras. Minha margem de negociação só existe com alguns poucos prestadores, nos quais eu concentro grande parte da utilização dos meus beneficiários. Ainda assim, com estes prestadores, não evoluo em conversas além de precificação ou de negociação de insumos. O cenário de negociação hoje é única e exclusivamente em relação aos itens utilizados, não se fala em novos modelos na mesa de negociação”.

“Não houveram reuniões até então em que se discuta modelos diferentes dos que já praticamos hoje, como fee-for-service ou pacotes. (...) A dificuldade gerada pelo desgaste da negociação de redução de margens, por parte das operadoras e de otimização de custos por parte dos hospitais, impede qualquer tipo de conversa para proposição de um cenário diferente”.

Ainda sobre a relação entre operadoras e hospitais, a falta de confiança entre ambas as partes limita conversas tanto sobre outros modelos de remuneração, quanto sobre outros assuntos pertinentes ao mercado de saúde suplementar, ainda que este seja o interesse de ambas as partes:

“Existe o interesse, no sentido de ter um modelo justo. Que ele seja justo para o médico, para o hospital, para a operadora e para o financiador (empresa). Um por performance com transparência nas informações e nos critérios vai fortalecer as relações. Vai ser um modelo “ganha-ganha”. Essa é uma caminhada que temos que percorrer, a da confiabilidade. Hoje existe um batalhão de gente nos hospitais, conferindo e controlando e um batalhão de gente do convênio conferindo e glosando. Os critérios de auditoria não são bem claros, depende muito de quem analisa e isso consome muita energia e custo na atividade meio, energia esta que poderia ser canalizada na atividade fim de cada um”.

Existem ainda gestores que apontam a falta de opções maduras, testadas e validadas como um dos principais entraves para que o modelo fee-for-service deixe de ser utilizado. Ainda que esta seja uma pauta tratada há bastante tempo:

“As críticas ao fee-for-service já vêm sendo feitas há bastante tempo, porém ainda não encontramos alternativas validadas como modelos eficientes e que não trarão prejuízos para todas as partes”.

“Se hoje tu fores falar com todas as entidades, o fee-for-service é uma realidade preponderante. Se fala muito sobre modelos de remuneração, mas ainda se faz pouco. Pelo lado da operadora, tem o discurso que o hospital ganha muito com materiais, medicamentos e próteses. Pelo lado do hospital, tem o discurso de que as diárias e taxas pagas pelas operadoras são aviltantes, semelhante a uma diária de hotel de rodoviária. Então ambos ficam nessa discussão, querendo mudanças, mas não conseguem chegar a um modelo que seja efetivo”.

Além disso, existem críticas quanto à perspectiva de mudança de modelo em um futuro próximo. Existem gestores que afirmam não ter condições de sustentar uma experiência de mudança, ainda que de curto prazo, pois isso iria comprometer toda a

operação. Este mesmo gestor afirma ainda que somente a partir da iniciativa de alguma grande operadora, em conjunto com um grande hospital, poderia, talvez, gerar um resultado replicável para as demais entidades do mercado:

“Hoje em dia é muito fácil, bonito e moderno se discutir modelos de remuneração, todo mundo fala isso. Difícil é realmente colocar em prática. Existem grupos de discussão sobre o assunto há anos, ainda assim, nunca vi um modelo que seja escalável. Nós não temos condições de sustentar uma tentativa de mudança de modelo que logo ali na frente pode dar errado. Isso iria comprometer toda uma operação. Talvez, se juntar uma operadora e um hospital que tenham mais recursos e possam testar outros modelos, seja possível desenvolver algo que nós, operadoras menores, possamos também aplicar”.

Além disso, foi destacado o papel de extrema importância do médico assistente na discussão e estruturação de um diferente modelo:

“É necessária a definição de uma conduta do médico para atendimento dos diferentes padrões de pacientes”.

“O médico é peça chave quando vamos discutir os modelos de remuneração, por que ele é o principal responsável pela prescrição e pela conduta do tratamento dos pacientes. Sem a adesão e a conscientização do médico, não há um modelo que se sustente”.

6.2. MODELOS ALTERNATIVOS QUE SE ENQUADREM NA REALIDADE DO MUNICÍPIO

Quando abordados sobre quais as perspectivas para os modelos de remuneração, grande parte dos entrevistados foi sucinta ao pontuar qual o formato ideal para estruturação do modelo: a remuneração por performance. Um dos entrevistados, entretanto, afirmou ainda não ter conhecimento de experiências validadas com este modelo:

“Entendo que o principal ponto a ser discutido quando olhamos para o horizonte da remuneração hospitalar é a remuneração por performance”.

“Sem dúvidas o principal formato que gostaríamos de implementar com nossos prestadores é o por performance, onde poderíamos premiar aqueles cujo desempenho realmente está de acordo com as nossas expectativas e de nossos clientes”.

“O principal ponto que vem sendo discutido em diversos fóruns sobre a remuneração hospitalar é a remuneração por performance, entretanto, não há ainda uma experiência que possa nos dar embasamento de como seguir por este caminho”.

Foi encontrado também um modelo de remuneração através de Diagnosis Related Group (DRG), praticado entre uma operadora e um hospital. O DRG consiste numa forma de categorização dos pacientes internados em hospitais, porém não difere dos pacotes:

“Com uma das operadoras com a qual trabalhamos estamos implementando um modelo de pagamentos por DRG. Está é uma forma de empacotamento dos atendimentos realizados em regime de internação, a partir da categorização do paciente. Esta metodologia permite a análise de indicadores de qualidade assistencial, que serão também utilizados para remuneração. Este modelo nos permite padronizar atendimentos de menor complexidade e reduzir a variabilidade dos casos mais frequentes no hospital”.

“Tenho convicção de que o pagamento por DRG pode englobar todos os procedimentos de baixa complexidade. Ainda que seja semelhante ao bundle, as medidas de desfecho que podemos observar a partir de sua aplicação, nos permitirão dar outros passos ali na frente para uma remuneração por performance”.

Este modelo, que possibilita a padronização de atendimentos de menor complexidade vai ao encontro do relato da visão de outro administrador, que sugere a possibilidade de implementação de um modelo de pagamento por performance nos casos de pacientes de baixa complexidade, àqueles cuja previsibilidade é possível, devido a uma menor variabilidade:

“Penso que o modelo por performance pode englobar grande parte dos atendimentos hospitalares. (...) É preciso estabelecer uma previsibilidade a partir de uma menor variabilidade nos procedimentos de menor complexidade”.

No que diz respeito aos casos de pacientes mais complexos, tanto gestores, quanto administradores afirmam que o modelo de remuneração depende de um maior envolvimento das partes na prevenção de situações agravantes de saúde, também citado como “*Manage Care*”, ou cuidado gerenciado. Para ambos, a remuneração pode ser baseada no esforço necessário para acompanhamento do paciente, ou segurado, durante o período em que ele se encontra menos vulnerável, para então, reduzir os casos possivelmente mais complicados:

“Podemos nos antecipar para evitar um caso mais complexo? Bom, daí é o envolvimento das partes. Com o mapeamento de quem são os segurados, o perfil epidemiológico, como a gente pode tratar a prevenção e a promoção, para que um diabético ou um hipertenso não complique seu quadro de saúde. Obviamente casos imprevisíveis irão acontecer, mas conseguiríamos assim reduzir casos de AVC, infarto, reduzir a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Este tipo de modelo também deve ser pensado e remunerado, de forma que não dependa somente das operadoras zelar pela saúde de seu segurado, mas também do hospital olhar seu paciente não só no momento da doença”.

“Entendo que um modelo de “Manage Care” seja ainda assim o ideal, focando na manutenção da saúde da pessoa e não mais no tratamento da doença. Um gerenciamento ativo da carteira de clientes, um processo de gerenciamento de doentes crônicos”.

É interessante ainda destacar a perspectiva de uma remuneração por performance que seja baseada na especialização do prestador em uma determinada área de atuação, ou especialidade. De acordo com um dos administradores entrevistados, atualmente os hospitais estão organizados de forma que são concorrentes entre si, uma vez que todos prestam atendimento aos mais diversos casos, sejam a nível ambulatorial ou a nível de internação. A regulação, ou direcionamento, existente hoje ocorre por parte da operadora a partir da percepção de custo. Porém, ainda de acordo com o entrevistado, uma vez que estes hospitais possam estar organizados no formato de rede, onde cada um atende a uma determinada especialidade e se torna referência nisso, o direcionamento das operadoras poderá ocorrer a partir de indicadores vinculados à qualidade e à performance do serviço prestado:

“Pensar o sistema de saúde complementar das localidades, segmentando a cidade como macrorregiões, pensadas como rede. Hoje os cinco grandes hospitais possuem portas abertas para atendimento das operadoras. O principal problema para isso é que estes hospitais atuam como concorrentes entre si, enquanto deveriam operar em conjunto como rede, possibilitando a especialização de determinados serviços dentro de seus estabelecimentos. Os hospitais hoje estão organizados para atender um volume “x” de pacientes, sendo que para que haja uma reorganização a fim de direcionamento de uma determinada especialidade ou um determinado tipo de atendimento pode levar vários anos para ser praticada. Mas é algo a ser pensado (...) um hospital que possa atender predominantemente casos do aparelho digestivo, outro mais focado na área materno infantil. Esta segmentação hoje ocorre através do preço, onde o hospital acaba sendo seletivo nos procedimentos atendidos a partir da remuneração ofertada por eles, reduzindo oferta em outros procedimentos de menor resultado, porém isso leva ao perigo da tendência de que se atendam somente procedimentos com maior resultado. Cabe à operadora atuar a fim de ajustar e reduzir as

disparidades. Trabalhar como uma remuneração por performance justa e igualitária para todas as especialidade, proporcionando espaço para todos os tipos de atendimentos”.

De acordo com um dos administradores entrevistados, um dos possíveis modelos a serem praticados é um misto de remuneração por performance, com uma maior participação das entidades pagadoras dos planos de saúde na remuneração dos procedimentos, ou atendimentos realizados. De acordo com o entrevistado, o uso de algum fator moderador, como a coparticipação, tem uma grande influência na contenção de gastos, pois ele auxilia no uso racional do plano de saúde:

“Quando falamos em remuneração por performance, devemos abordar desta forma a remuneração para todos os entes envolvidos. Deve haver um benefício para todos: para o médico, para o hospital, para a operadora e para o pagador também. Quando digo pagador, me refiro também à empresa que subsidia o plano de saúde para seu funcionário. Hoje, cerca de 80% dos planos são empresariais e o que estamos discutindo influencia diretamente no índice de sinistralidade de um plano de saúde, o que por consequência impacta no reajuste do mesmo. (...) A coparticipação auxilia na contenção de gastos, uma vez que o paciente se torna participante da remuneração daquele procedimento e ajuda no uso racional do plano de saúde”.

Outros gestores e administradores compartilham da ideia de que não há somente um modelo ideal e que possa atender todas as necessidades do setor, mas sim um conjunto de modelos estruturados em sintonia que possam ser utilizados para diferentes tipos de atendimentos hospitalares:

“Entendo que dificilmente poderemos alcançar um modelo que seja onipresente, digamos assim, em todos os tipos de atendimentos hospitalares. Esta não é uma realidade que cogitamos buscar. Entretanto, se olharmos através da ótica da complexidade e da utilização de recursos de cada tratamento, acredito que possamos estabelecer um tipo de remuneração para cada área do atendimento hospitalar”.

“Particularmente não acredito que vá existir um modelo que vá atender a todas as necessidades. Acredito que seja necessário um mix de modelos. Talvez para uma área de oncologia possa servir um captation, para a área de cardiologia também pode servir. Para bariátrica o pagamento por bundle atende a necessidade”.

Alguns administradores acreditam que o futuro dos hospitais é tratar somente os pacientes mais complexos. Segundo eles, existem movimentos de desospitalização de pacientes cuja necessidade de permanecer internado é bastante baixa. Este

movimento teria como consequência a disponibilização de leitos somente para aqueles pacientes que realmente necessitam estar internados, por conta de sua condição de saúde mais frágil:

“No futuro o hospital vai ser praticamente somente Unidades de Tratamento Intensivo, com um maior trabalho na prevenção das doenças e um foco na saúde, a necessidade de leitos tende a diminuir, com a proporção de leitos de UTI aumentando. Com movimentos de desospitalização, no futuro, quem precisar internar, serão os pacientes mais complexos, aqueles que realmente precisam estar dentro do hospital”.

Nesta mesma linha, um dos administradores entrevistados afirma que não é do interesse do hospital internar pacientes de baixa complexidade, cujo manejo em uma primeira linha de cuidado pudesse ter sido feito adequadamente. Segundo este entrevistado, o sistema de saúde suplementar deveria optar por investir na prevenção de problemas de saúde, de forma que pacientes crônicos tenham orientação de um médico de família, que faça o acompanhamento do uso da medicação e do monitoramento do estado de saúde dos pacientes. Desta forma, seria possível evitar internações desnecessárias destes pacientes por conta de uma falha de monitoramento do estado de saúde:

“O que precisamos fazer urgentemente é investir em prevenção. Fazer com que as pessoas não descompensem e não precisem chegar a um hospital e que possa ser tratada em um serviço primário. Enquanto não pensarmos nesta figura de um médico de família que consiga atuar em todas as linhas de cuidado, cuidando para que um crônico, como um diabético ou um hipertenso não descompense. (...) Nós não temos interesse em internar os pacientes de baixa complexidade. Nos posicionamos como um hospital de alta complexidade, com transplantes, atendimento oncológico de ponta, de neurocirurgia. Cada vez que meus serviços internam alguém desnecessariamente, eu deixo de internar alguém que realmente necessita. Hoje, por exemplo, tenho diversos pacientes esperando na emergência para serem internados, sendo que a própria emergência está operando restritamente por conta de superlotação. Te garanto que muitos destes pacientes, se tivessem tido um controle da atenção primária, não teriam necessidade de internar”.

No que diz respeito aos modelos que dificilmente serão implantados, há um consenso que o *Capitation* é o mais distante da realidade até mesmo do sistema de saúde brasileiro:

“No caso da nossa entidade, o *Capitation* está mais distante. Já a remuneração por pacotes está mais presente, seja por remuneração por diárias globais, ou semi-globais”.

“Dentre os modelos de remuneração que estamos avaliando, o Capitation é o que, creio eu, menos se encaixa na nossa realidade. Isso por conta do modelo pelo qual o acesso do beneficiário à rede é feito hoje, de livre acesso. Dificilmente conseguiremos estruturar um prestador com capacidade de atender a todas os níveis de complexidade de pacientes e que receba um valor fixo para uma população”.

Novamente, os entrevistados citam a importância da participação do corpo clínico na remuneração por performance e pelo uso racional dos recursos:

“(…) como também para o médico. Hoje uma das grandes operadoras do município está adotando métodos em que o médico ao utilizar os recursos com racionalidade terá benefícios”.

“Não podemos esquecer o papel do médico neste cenário de remuneração por performance. É adequado se dizer que este é o principal player numa estratégia de mudança de modelo para pagamento por performance”.

6.3. A RELAÇÃO ENTRE MODELO DE REMUNERAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Muitos dos entrevistados frisam a relação do desperdício com o modelo de remuneração. Não necessariamente o desperdício é sinônimo de má qualidade na assistência, mas sim de baixa eficiência. No que tange a realidade das entidades entrevistadas, tanto operadoras, quanto hospitais demonstram preocupações com este cenário decorrente de como o sistema opera atualmente:

“Hoje nós premiamos o desperdício. Quanto mais tempo um paciente estiver internado, mais pagamos ao hospital. Isso independe se o paciente realmente necessitava deste tempo a mais no hospital. Obviamente isso não quer dizer uma má fé do hospital, que para ganhar mais, deixa o paciente mais tempo internado. Eu acredito muito que são processos e falta de eficiência na gestão. (...) Isso (desperdício) passa ainda pelo modelo como foi proposto, se o hospital gasta uma agulha, ele vai receber uma agulha, mas isso não necessariamente condiz com a necessidade para um atendimento eficiente àquele paciente”.

Outros entrevistados apontam para a necessidade de aumento da eficiência do tratamento e isso passa pela mesa de discussão com operadoras e hospitais. Alguns integrantes do sistema em que a pauta da qualidade do desfecho para o paciente atendido no hospital acaba influenciando diretamente nos custos gerados para os

pagadores, ao ponto em que o sistema deve começar a avaliar o desfecho dos pacientes e não mais o valor da conta:

“A conta para o convênio tem que ser sustentável, para que eu possa ser também. Cada vez que sentamos na mesa de negociação com os convênios, chegamos na discussão de até que ponto vendemos preço e até que ponto vendemos desfecho. A gente costuma dizer que o desfecho é muito mais importante que o valor da conta. Nada adianta eu mandar o paciente para um hospital 20% mais barato do que o hospital X, se em duas semanas o paciente vai ter que reinternar pelo mesmo motivo, o que leva a conta a ser 2x maior do que deveria. Eu, como hospital, tenho que garantir que, mesmo cobrando 10% ou 20% a mais, o desfecho vai ser o melhor possível”.

“O custo evitado de uma internação, ainda que cara, tendo esta um desfecho positivo, em que o paciente possa estar dentro de pouco tempo retornando a suas atividades normais, é muito superior a qualquer economia que a operadora possa ter ao oferecer o atendimento por um custo menor, mas que em contra partida não será resolutivo”.

Importante ponto a destacar na relação entre qualidade e modelos de remuneração está no fato de grande parte das sugestões de modelos alternativos ao fee-for-service abordarem a performance do serviço prestado. Para um dos entrevistados, está é, inclusive, uma das variáveis deixada de fora da equação do modelo de conta aberta:

“Quando se discute a precificação de qualquer serviço hospitalar, a conta é basicamente simples: o hospital trabalha para maximizar os resultados, com as margens que julga adequada para seus produtos e serviços. Enquanto a operadora de saúde busca reduzir custos e cortar qualquer tipo de gasto fora da regulação. O problema nesta conta está aí! Nenhuma destas parte olha para o que deveria ser o cerne desta discussão, que é o desfecho e a qualidade da assistência prestada”.

Alguns entrevistados afirmam que, hoje, não há relação entre os modelos de remuneração e qualidade no serviço prestado, pois um deles dificilmente é colocado em pauta na mesa de negociação. Segundo o entrevistado, algumas operadoras operam no credenciamento da rede prestadora apenas com base no preço:

“O problema deste modelo é quando ele é imposto pelas operadoras e não trabalhado junto à conscientização do uso do plano de saúde e da prevenção ou negociado junto aos prestadores para que se qualifiquem. Este movimento está muito centrado no preço e não na qualidade do atendimento, o que acaba onerando os prestadores, que hoje trabalham com margens baixas, que muitas vezes não cobrem os custos do tratamento. Com muitas operadoras não há conversas assistenciais para discussão de desfecho, apenas conversas de preços e margens”.

“Não há um olhar para questão da qualidade assistencial quando se discute modelos de remuneração. Hoje, quando há pautas para falar sobre este assunto acabamos por discutir se revista “x” ou revista “y” está adequada para precificação de determinado insumo, de modo geral, apenas isso”.

Outro entrevistado apontou para a possibilidade de segmentação e direcionamento da rede no modelo como hoje opera o Sistema Único de Saúde (SUS) para aprimoramento da qualidade do serviço prestado. De acordo com ele, a estruturação de uma rede que atue em parceria em todas as linhas de cuidado e que faça o gerenciamento da saúde do paciente precisa ser discutida entre operadoras e prestadores para que haja uma remuneração adequada por este serviço. Aponta ainda que, no formato atual, os prestadores muitas vezes operam como concorrentes, fragmentando o cuidado dos pacientes e influenciando para uma difícil gestão da qualidade da assistência:

“O SUS possui uma regulação das portas de entrada muito mais eficiente do que a saúde suplementar. Esta é uma diferença importante, tendo em vista que a saúde suplementar possui a possibilidade de livre escolha em sua grande maioria, *latu sensu*. (...) A atenção primária do modelo SUS trabalha na questão da promoção, do gerenciamento dos cuidados, para evitar que o paciente evolua para um atendimento a nível hospitalar. Esta hierarquização da rede e hierarquização do atendimento está muito mais presente no modelo público de saúde do que na saúde suplementar. No caso da rede privada, os serviços muitas vezes acabam se organizando como competidores, em vez de parceiros na linha do cuidado com o paciente. Este cenário tem enorme impacto para a qualidade do serviço prestado ao paciente, que muitas vezes encontra-se perdido no sistema, sem a devida orientação de como cuidar da sua saúde”.

Um dos entrevistados afirmou a necessidade de alinhamento das expectativas das operadoras e hospitais quanto ao desfecho esperado para o paciente. Muitas das negociações entre as operadoras e hospitais trazem o apontamento de um paciente que teve um alto custo, porém, as operadoras o trazem como uma pauta de redução de custos, sem a devida análise sobre a complexidade do caso e o esforço necessário para o tratamento. Já por parte dos hospitais, estes afirmam o interesse em conter os gastos, mas sem privar o paciente dos insumos necessários para sua melhora:

“Recentemente tivemos uma negociação com uma das operadoras com a qual trabalhamos, para discutir a remuneração paga a alguns exames realizados em ambulatório. Eis que nesta pauta foi abordada a situação de um paciente que esteve internado na nossa unidade há cerca de dois meses.

Por uma complicação da doença base dele, ele acabou evoluindo a ser um paciente de alto custo, com uso de antibióticos, antifúngicos e, inclusive, passagem pelo CTI. A abordagem da operadora foi feita no sentido de questionar a margem que temos em um ou dois insumos específicos utilizados no atendimento a este paciente e nada em relação ao desfecho que ele teve. Apesar das complicações da doença base, este é um paciente que teve alta do hospital para casa e, muito provavelmente, terá uma vida normal daqui para frente”.

7. CONCLUSÕES

Com base na amostra de gestores entrevistados não podemos generalizar os resultados obtidos como representativos de todos os gestores do município. Entretanto, os dados servem para podermos traçar um panorama de como encontra-se o cenário de remuneração hospitalar em Porto Alegre, bem como sugerir alternativas, como as propostas pelos entrevistados.

Primeiramente, importante destacar um ponto que é consenso entre os entrevistados: o modelo fee-for-service, na forma como é formatado hoje, premia a ineficiência de todos os prestadores de saúde. Seja na realização de um exame, ou no atendimento de uma internação hospitalar. Quanto maior o uso de recursos, quanto maior o número de eventos adversos (qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente), quanto mais tempo o paciente fica internado, mais cara será a conta.

Esse cenário não infere necessariamente que a ineficiência é proposital, pelo contrário. Para os hospitais não é interessante manter um paciente internado por muito tempo, pois o maior ganho está nos dias iniciais de uma internação, por exemplo. Isso sem contar com a necessidade de desocupar leitos para criação de vagas para novos doentes, tendo em conta as filas de espera cada vez maiores nos hospitais.

Para a operadora de saúde, este cenário é ainda mais preocupante. Como fonte pagadora dos serviços, ela enxerga com preocupação o desperdício decorrente do formato do sistema. Entretanto, também atua como participante a partir do momento em que disponibiliza uma rede aberta de prestadores sem um devido direcionamento para seu cliente.

Este cenário se torna prejudicial para todas as partes envolvidas no longo prazo. Com o custo das contas hospitalares cada vez maior, as operadoras de saúde não conseguem repassar as diferenças entre os custos e a receita ao consumidor final em muitos casos, como visto anteriormente. Somado a isso, elas pressionam os prestadores para que trabalhem com margens cada vez mais baixas, muitas vezes prejudicando a sua operação. Por fim, o paciente do hospital, que é cliente também da operadora, acaba absorvendo esta ineficiência

A partir dos resultados obtidos das entrevistas orientadas pelo questionário estruturado, pode-se afirmar que o sistema fee-for-service além de premiar a ineficiência, está levando o sistema de saúde suplementar de Porto Alegre a um patamar de gastos que não terá sustentação em curto prazo. Alguns entrevistados afirmaram que se o sistema não mudar seu formato de remuneração, ele não existirá mais em cerca de 10 anos.

Entretanto, não há consenso sobre como, nem qual modelo de remuneração deva ser adotado pelas entidades. Alguns entrevistados afirmam não ter uma opção de modelo de remuneração alternativo que seja testado e validado por alguma entidade de Porto Alegre. Além disso, um dos principais entraves para uma mudança de modelo de remuneração está na relação entre as operadoras e hospitais, em decorrência da desconfiança nas regras de auditoria, composição das contas e desperdícios gerados no setor.

Os modelos alternativos propostos pelos gestores não possuem validação no cenário da saúde suplementar em Porto Alegre, o que traz um nível de incerteza para qualquer afirmação feita. Entretanto, é possível destacar algumas sugestões com base no conhecimento de mercado dos entrevistados. Primeiramente, um ponto bastante abordado nas entrevistas foi a importância de uma linha de cuidado para a atenção primária da saúde. Tanto gestores, quanto administradores afirmaram que a estruturação de uma rede que possa suprir um primeiro atendimento aos pacientes e que possa evitar uma possível internação trará benefícios financeiros no longo prazo.

Para atendimentos de baixa complexidade, alguns entrevistados estão experimentando como alternativa a utilização do DRG como forma de pagamento. Esta alternativa se assemelha bastante com o pagamento por bundle, contudo permite a categorização do paciente com base na sua complexidade e histórico de saúde e não com base na patologia que ele possui, o que pode mitigar distorções que ocorrem com seu semelhante.

Outra alternativa para o setor seria a utilização de modelos mistos de remuneração, de acordo com a área médica de atuação ou a patologia do paciente, como citado, captation para atendimentos oncológicos, ou bundle para cirurgias bariátricas. Por fim, também foi sugerida a possibilidade de segmentação da rede de atendimento de forma a concentrar alguns tipos de atendimento em prestadores

específicos, tornando-os “especialistas” em determinados serviços. O autor entende que todas estas alternativas de modelos não são necessariamente excludentes e podem coexistir de forma a harmonizar o sistema de remuneração na saúde suplementar. Muitas delas são validadas em outras partes do mundo, como Estados Unidos e Europa, porém não possuem ainda grande representatividade e sustentação no sistema de saúde suplementar brasileiro.

No que diz respeito à relação entre a qualidade da assistência prestada aos pacientes e os modelos de remuneração, muitos gestores ressaltaram a característica do modelo fee-for-service de premiar o insucesso. Considerando que este é o modelo mais praticado nas transações entre operadoras e hospitais, com sua principal característica o pagamento de todos os recursos utilizados, independente de eficiência e resultado do desfecho do paciente, podemos constatar que, segundo os entrevistados, apesar de não pressupor necessariamente que se trata de uma ação proposital, uma das partes acaba beneficiada a partir da falta de qualidade e eficiência no serviço prestado. Importante destacar aqui, que a grande maioria das alternativas propostas para modelos de remuneração são aqueles voltados à performance do serviço prestado. Com base nos relatos, a falta desta variável na equação das discussões atuais de remuneração é um dos principais pontos a serem revistos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Números do setor**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4511-ans-divulga-numeros-do-setor-relativos-a-maio>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- ANDREAZZI, M. F. S. Formas de remuneração de serviços de saúde. **Texto para Discussão nº 1066**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. **Cenário de saúde**. 2018. Disponível em: <http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed10.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.
- AZEVEDO, P. F.; ALMEIDA, S. F.; ITO, N. C.; BOARATI, V.; MORON, C. R.; INHASZ, W.; ROUSSET, F. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas**. São Paulo, 2016.
- BESSA, R. O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2011.
- CAMPOS, C. C. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadoras de serviço**. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2006.
- CHERCHIGLIA, M. L. **Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica**. Washington, DC. OPAS/WHO, 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa Datafolha**. 2018. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacaodatafolha2016.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.
- GAPENSKI, L. C. **Understanding healthcare financial management**. Health Administration Press. 5ª Edição, p 715 . 2007.

GOSDEN, T.; FORLAND, F.; KRISTIANSEN, I. S.; SUTTON, M.; LEESE B.; GIUFFRIDA, A.; SEGISON, M.; PEDERSEN, L. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 6, n. 1, p. 44–55. 2001.

GREENE, S.; NASH, D. Pay for Performance: An Overview of the Literature. **American Journal of Medical Quality**, 24, p 140-163. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de Custos Médico-Hospitalares**. 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH_set17.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: <<https://iess.org.br/?p=blog&id=745>>. Acesso em: 16 set. 2018.

KOYAMA, M. F.; JUNIOR, Á. E. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400012>. Acesso em: 14 set. 2018.

MANNION, R.; DAVIES, H. T. O. Payment for performance in health care. **BMJ**, p. 306–336. 2008.

McClellan, M. B.; D. T. Feinberg; P. B. Bach; P. Chew; P. Conway; N. Leschly; G. Marchand; M. A. Mussallem, and D. Teeter. 2017. **Payment Reform for Better Value and Medical Innovation**. NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine. Washington, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático saúde suplementar**. Brasília, Distrito Federal. 2009.

OKAZAKI, R. **Identificação de Ineficiências na Cadeia de Valor da Saúde, a Partir da Análise da Gestão de Compras de Quatro Hospitais Privados do Município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)

Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.
São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, S. **Tratado de metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

QUINN, K. **The 8 Basic Payment Methods in Health Care**. Ann Intern Med, 163,
300 – 306. 2015.

ROESCH, S. **Projeto de estágio e de pesquisa em administração**. 3. ed. São
Paulo: Atlas, 2005.

SILVA, A. A. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de
Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico. Relação Entre Operadoras
de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento
Estratégico**. 2003. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018

**APÊNDICE A – PESQUISA DE CAMPO FASE 1: QUESTIONÁRIO POR E-MAIL
RESPONDIDO PELOS DIRIGENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
DE PORTO ALEGRE**

No corpo do e-mail enviado aos dirigentes, havia o seguinte conteúdo:

Prezado senhor,

Venho por meio deste solicitar sua participação em uma pesquisa acadêmica, que levará no máximo 5 minutos. Sou aluno de graduação do curso de Administração de Empresas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou elaborando meu trabalho de conclusão de curso com o tema de modelos de remuneração entre operadoras de saúde e hospitais, de Porto Alegre. Gostaria de contar com sua colaboração, respondendo a seguinte questão:

Qual(is) são as formas de remuneração hospitalar praticadas pela operadora de plano de saúde que o senhor(a) dirige?

Pagamento por serviço prestado (Fee-for-service) ()

Pagamento por pacote (Bundle Payment) ()

Capitação (Capitation) ()

Pagamento por desempenho (P4P) ()

Outras formas ()

Quais? _____

Modelo misto de remuneração ()

Favor informar também:

Cargo ocupado atualmente: _____

Nome da operadora de saúde: _____

Telefone de contato comercial: _____

Agradeço imensamente sua contribuição, e peço a gentileza de retornar, se possível, em até 5 dias úteis. A pesquisa possui caráter confidencial e seus resultados serão divulgados somente em formato estatístico, sem individualização dos dados. Qualquer dúvida, estou à disposição nos contatos abaixo.

Saudações,

Matheus Xavier Holstein (51) 9.8403.3935 matheus.holstein@ufrgs.br

**APÊNDICE A – PESQUISA DE CAMPO FASE 1: QUESTIONÁRIO POR E-MAIL
RESPONDIDO PELOS DIRIGENTES DE HOSPITAIS PRIVADOS DE PORTO
ALEGRE**

No corpo do e-mail enviado aos dirigentes, havia o seguinte conteúdo:

Prezado senhor,

Venho por meio deste solicitar sua participação em uma pesquisa acadêmica, que levará no máximo 5 minutos. Sou aluno de graduação do curso de Administração de Empresas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou elaborando meu trabalho de conclusão de curso com o tema de modelos de remuneração entre operadoras de saúde e hospitais, de Porto Alegre. Gostaria de contar com sua colaboração, respondendo a seguinte questão:

Qual(is) são as formas de remuneração praticados pela sua instituição e operadoras de saúde às quais estão credenciados?

Pagamento por serviço prestado (Fee-for-service) ()

Pagamento por pacote (Bundle Payment) ()

Capitação (Capitation) ()

Pagamento por desempenho (P4P) ()

Outras formas ()

Quais? _____

Modelo misto de remuneração ()

Favor informar também:

Cargo ocupado atualmente: _____

Nome do hospital: _____

Telefone de contato comercial: _____

Agradeço imensamente sua contribuição, e peço a gentileza de retornar, se possível, em até 5 dias úteis. A pesquisa possui caráter confidencial e seus resultados serão divulgados somente em formato estatístico, sem individualização dos dados. Qualquer dúvida, estou à disposição nos contatos abaixo.

Saudações,

Matheus Xavier Holstein (51) 9.8403.3935 matheus.holstein@ufrgs.br

**APÊNDICE C – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO
PELOS DIRIGENTES DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo ou função: _____

1. Qual a modalidade de operadora de plano de saúde dirigida pelo(a) senhor(a)?
2. Qual o número de clientes e o faturamento aproximado de sua operadora?
3. A qual percentual do faturamento corresponde a remuneração de hospitais?
4. Quais os modelos e critérios de remuneração hospitalar em sua operadora?
5. Qual o percentual de remuneração hospitalar paga por fee-for-service?
6. Por que o método fee-for-service é utilizado em larga escala nas transações entre operadoras e hospitais?
7. Existe algum tipo de remuneração por performance na operadora dirigida pelo(a) senhor(a)? Caso não haja, está sendo cogitada a implantação de algum modelo de remuneração por performance na operadora dirigida pelo senhor(a)? Se sim, quais e por quê?
8. Existe interesse, em sua organização, em modificar o modelo de remuneração?
9. No seu entendimento, existe alguma relação entre a remuneração hospitalar e a qualidade do serviço prestado ao cliente?
10. Existe um modelo ideal que poderia ser seguido para remuneração de seu hospital?
11. Se tens conhecimento e quais são as perspectivas de diferentes modelos de remuneração já praticados que podem ser adotados pela sua instituição?
12. Como o(a) senhor(a) define a relação entre sua operadora e os hospitais de sua rede? Quais são as principais facilidades e quais são as principais dificuldades enfrentadas na relação?
13. O(a) senhor(a) acredita que os modelos de remuneração possuem impacto nesta relação? Comente.
14. Gostaria de acrescentar algo sobre os modelos de remuneração ou sobre a relação entre operadoras e hospitais?

**APÊNDICE D – PESQUISA DE CAMPO FASE 2: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO
PELOS DIRIGENTES DE HOSPITAIS PRIVADOS DE PORTO ALEGRE**

Nome do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

Cargo ou função: _____

1. Qual a modalidade de hospital dirigido pelo(a) senhor(a)?
2. Qual o número de clientes atendidos mensalmente e o faturamento aproximado de seu hospital?
3. A qual percentual do faturamento corresponde a remuneração de operadoras de saúde?
4. Quais os modelos e critérios de remuneração hospitalar vigentes em suas negociações?
5. Qual o percentual de remuneração hospitalar paga por fee-for-service?
6. Por que o método fee-for-service é utilizado em larga escala nas transações entre operadoras e hospitais?
7. Existe algum tipo de remuneração por performance no hospital dirigido pelo(a) senhor(a)? Caso não haja, está sendo cogitada a implantação de algum modelo de remuneração por performance no hospital dirigido pelo senhor(a)? Se sim, quais e por quê?
8. Existe interesse, em sua organização, em modificar os modelos de remuneração?
9. No seu entendimento, existe alguma relação entre a remuneração hospitalar e a qualidade do serviço prestado ao cliente?
10. Existe um modelo ideal que poderia ser seguido para remuneração de seu hospital?
11. Se tens conhecimento e quais são as perspectivas de diferentes modelos de remuneração já praticados que podem ser adotados pela sua instituição?
12. Como o(a) senhor(a) define a relação entre seu hospital e as operadoras de saúde às quais a entidade é vinculada? Quais são as principais facilidades e quais são as principais dificuldades enfrentadas na relação?
13. O(a) senhor(a) acredita que os modelos de remuneração possuem impacto nesta relação? Comente.
14. Gostaria de acrescentar algo sobre os modelos de remuneração ou sobre a relação entre operadoras e hospitais?