

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Fabiana Bertodo

**CÂNCER DE MAMA – MODELO DE REMUNERAÇÃO EMPREGADO POR UMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

**Porto Alegre
2021**

Fabiana Bertodo

**CÂNCER DE MAMA – MODELO DE REMUNERAÇÃO EMPREGADO POR UMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Masato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Bertodo, Fabiana

Câncer de mama – modelo de remuneração empregado por uma operadora de plano de saúde / Fabiana Bertodo.

-- 2021.

38 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Gestão em Saúde. 2. Setor de Saúde Suplementar. 3. Câncer de Mama. 4. Planos de Pagamento por Serviço Prestado. I. Bordin, Ronaldo, orient. II.

Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS, com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Fabiana Bertodo

**CÂNCER DE MAMA – MODELO DE REMUNERAÇÃO EMPREGADO POR UMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 30 de setembro de 2021.

Banca Examinadora

Examinadora: Prof^a Bruna Hentges

Examinadora: MSc Janiele Cristine Peres Borges

Orientador: Prof Dr Ronaldo Bordin

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de especialização em Gestão em Saúde contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Ao professor orientador, dando todo auxílio necessário para elaboração do projeto.

Aos professores do curso que através dos seus ensinamentos permitiram estar concluindo este trabalho

Aos diretores e gestores da empresa que permitiram que este trabalho fosse realizado através da análise dos dados da empresa.

Aos meus familiares, pai, mãe, esposo e filho que incentivaram e auxiliaram nos momentos que não pude estar presente.

RESUMO

Introdução: No Brasil, os planos de saúde já movimentam cerca de R\$ 200 bilhões ao ano, dos quais R\$ 161,5 bilhões diretamente no atendimento assistencial de seus 48.238.177 beneficiários. Devido aos aumentos crescentes de custos do sistema de saúde suplementar e, também, buscando cada vez mais atenção ao paciente, há muito se estuda novos modelos de remuneração como alternativa para substituir o Fee for Service.

Objetivo: Descrever o modelo de remuneração empregado por uma operadora de planos de saúde em 2019 a seus prestadores referente à patologia câncer de mama. Apresentar modelo de remuneração alternativo ao utilizado pela operadora para a patologia de câncer de mama.

Métodos: Pesquisa documental nas contas pagas aos prestadores de serviços que realizaram procedimento de câncer de mama no período de 01/01/2019 a 30/12/2019.

Resultados: Em 2019 foram realizadas 1028 autorizações de pagamento, resultando em gastos na ordem de R\$ 3.451.165,89, distribuídos em eventos ambulatoriais, cirurgia ambulatorial e internação. Desse total, medicamentos correspondeu a 64,5% das despesas. Fee for Service foi o único modelo utilizado por esta operadora para remuneração dos serviços prestados. O modelo Bundle foi destacado para a patologia de câncer de mama, porque se trata de um modelo com maior previsibilidade e aumento da eficiência nos custos e nos cuidados. Esse modelo de remuneração preconiza a avaliação da qualidade dos serviços prestados, sendo necessária a adoção de indicadores e ferramentas que viabilizem as previsões.

Conclusão: A implantação do modelo Bundle requer diagnóstico precoce, estímulo de ação e prevenção e busca ativa dos beneficiários para adesão ao modelo de tratamento; garantir que o beneficiário, com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama, siga os protocolos para o cuidado, através da rede referenciada, visto que a operadora em questão disponibiliza uma rede de livre escolha a seus beneficiários.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Setor de Saúde Suplementar. Câncer de Mama. Planos de Pagamento por Serviço Prestado.

BREAST CANCER - REMUNERATION MODEL EMPLOYED BY A HEALTH CARE OPERATOR

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, health plans already move around R\$ 200 billion a year, of which R\$ 161.5 billion are directly related to assistance to its 48,238,177 beneficiaries. Due to the increasing costs of the supplementary health system and, also, increasingly seeking patient care, new models of remuneration as an alternative to replace the Fee for Service have been studied for a long time.

Objective: To describe the compensation model used by a health plan operator in 2019 for its providers regarding breast cancer pathology.

Methods: Documentary research on bills paid to service providers who underwent breast cancer procedure in the period from 01/01/2019 to 12/30/2019.

Results: In 2019, 1028 payment authorizations were carried out, resulting in expenses in the order of R\$3,451,165.89, distributed in outpatient events, outpatient surgery and hospitalization. Of this total, medicines accounted for 64.5% of expenses. Fee for Service was the only model used by this operator to pay for the services provided. The Bundle model was highlighted for breast cancer pathology, because it is a model with greater predictability and increased efficiency in costs and care. This remuneration model advocates the assessment of the quality of services provided, requiring the adoption of indicators and tools that make the forecasts feasible.

Conclusion: The implementation of the Bundle model requires early diagnosis, encouragement of action and prevention, and an active search for beneficiaries to adhere to the treatment model; ensure that the beneficiary, with suspicion or diagnosis of breast cancer, follows the protocols for care, through the referenced network, since the operator in question provides a network of free choice to its beneficiaries.

Keywords: Health Management. Supplemental Health Sector. Breast Cancer. Payment Plans for Service Provided.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 5.1 – Tipo de evento

Tabela 5.2 – Total de despesas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
BD	Banco de Dados
FFS	Fee for Service
OIT	Organização Internacional do Trabalho
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SAÚDE SUPLEMENTAR E SUA REGULAMENTAÇÕES	11
3 OBJETIVOS	24
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
5 RESULTADOS	26
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

No cenário atual da saúde onde os custos são crescentes, os novos modelos de remuneração são alternativas ao clássico Fee for Service, podendo ter perspectivas de melhoria na qualidade dos serviços prestados e seus custos.

O modelo Fee for Service não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais, não utiliza de metodologia 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).

Já a remuneração baseada em valor, prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, a sustentabilidade do sistema. Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados (PORTER; TEISBERG, 2007).

O câncer de mama, conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 66.280 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres. E na região sul de 71,16 por 100 mil mulheres (INCA, 2019, p.34).

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira. Considerando os custos e o modelo de remuneração hoje aplicados, o clássico Fee for Service, o desenvolvimento de novos modelos de remuneração traria benefícios, não apenas econômicos, quanto a construção de indicadores de resultados e qualidade, reduzindo gastos desnecessários e priorizando a qualidade dos atendimentos, desfechos e sustentabilidade dos serviços.

2 SAÚDE SUPLEMENTAR E SUA REGULAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão governamental, é reguladora da Saúde Suplementar, atividade operacional de planos ou seguros de saúde.

De acordo com Soares (2009 apud FREITAS; BACELAR, 2019), a Agência Nacional de Saúde Suplementar “[...] foi criada com o objetivo de regularizar os planos de saúde no Brasil, principalmente nos aspectos que afetariam os usuários, tais como períodos de carência, cobertura dos planos e rescisão unilateral”. Pode-se dizer que veio moralizar alguns abusos cometidos pelas operadoras de saúde, porque, antes da promulgação da Lei da ANS, “[...], os usuários de planos de saúde estavam sujeitos a arbitrariedades e cláusulas abusivas por parte das operadoras [...]”. Então, essa regulamentação buscou “[...] um denominador comum entre operadoras, rede credenciada de hospitais, clínicas e usuários”. Esse entendimento foi explanado no IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. (SOARES, 2009 apud FREITAS; BACELAR, 2019).

A Saúde Suplementar surgiu pelo crescimento econômico do Brasil e pelo avanço do trabalho formal, quando as organizações passaram a oferecer planos de saúde aos funcionários, onde as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores. Então, a Lei 9.656/98, de outubro de 1998, foi criada para regulamentar esses planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde foi designada para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento.

No Brasil, os planos de saúde já movimentam cerca de R\$ 200 bilhões, dos quais R\$ 161,5 bilhões foram injetados diretamente no atendimento assistencial de seus 48.238.177 beneficiários, que estão distribuídos nas operadoras de Medicina de Grupo (40,17%), nas Cooperativas (36,61%), nas Seguradoras (12,74%), nas Autogestões (8,58%) e nas Filantropias (1,90%) (ANS, 2021).

Até junho de 2021 havia 735 operadoras com beneficiários nas modalidades descritas acima. No RS constam como operadoras ativas com beneficiários: 22 Cooperativas Médicas, 18 empresas de Medicinas de Grupos, 10 Autogestão e duas filantropias, totalizando 2.550.649 beneficiários. (ANS, 2021).

As operadoras de saúde são empresas, juridicamente, constituídas sob a forma de associação, fundação, cooperativa ou entidades de autogestão, sendo obrigadas a terem registro na ANS, assim descritas a seguir (IESS, 2018):

Medicinas de Grupo - As Medicinas de Grupo foram criadas, em geral, por proprietários ou sócios de unidades hospitalares, com objetivos bem específicos de aproveitar uma oportunidade de aumento da assistência à saúde, prestada pela unidade, ou de superar a crise financeira por meio da criação de um plano de saúde associado ao hospital. Muitas Santas Casas investiram nesse modelo de negócio, na tentativa de superação dos problemas orçamentários. No início, os serviços eram prestados em unidades próprias, mas com a determinação de cobertura mínima pela ANS, a maior parte delas teve de associar prestadores externos para cumprir as exigências legais.

Cooperativas médicas - O tipo de gestão das cooperativas médicas é semelhante ao das medicinas de grupo, com organização única como administradora do plano. A principal diferença está na condição de que as cooperativas são constituídas por profissionais médicos cooperados. Em geral, elas atuam em municípios regionalizados e se associam a outras cooperativas para estender a sua cobertura por regiões maiores. Essa característica das cooperativas colabora para a grande variação de qualidade assistencial e organizacional entre elas, mesmo pertencentes a uma mesma organização, como no principal exemplo que é a Unimed no Brasil. Não há um padrão idêntico entre todas as Unimeds brasileiras.

Seguradoras de saúde - Foram regulamentadas por Decreto-Lei em 1966 e o seu foco exclusivo era a sinistralidade por eventos médicos que geravam assistência especializada. As seguradoras de saúde passaram para garantidoras de assistência médica obrigatória, através da evolução do marco regulatório da Saúde Suplementar, perdendo assim, o status de indenizadoras de eventos. Por lei, as seguradoras não podem ter serviço próprio e devem contratar os serviços de redes credenciadas, dando o direito a seus usuários de também serem ressarcidos, em parte, por procedimentos realizados por outros prestadores de serviço.

Autogestões - A principal característica na origem das autogestões é o compartilhamento solidário de fundos para a assistência a saúde do coletivo, promovido inicialmente, por categorias de trabalhadores ou empresas específicas. Podem ser ofertados, também, para familiares com comprovação de vínculo, até o

terceiro grau. Podem ser geridas pela própria empresa ou por outra instituição ligada à mantenedora. Os provedores de assistência são contratados junto à rede credenciada e, também, devem cumprir a cobertura mínima estipulada.

Os planos de saúde suplementar eram regidos por regras da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) até junho de 1998, quando passaram a ser regulado pela Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. (BRASIL, 2001).

Art.1º-Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Esta regulamentação implementou garantias básicas, como ampliação das coberturas assistenciais, expansão dos direitos dos usuários, proibição de rompimento unilateral de contrato, monitoramento de preços e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (BRASIL, 1998).

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Esta mesma Lei também enquadrou as cooperativas de saúde e demais entidades ou empresas prestadoras de serviços de saúde em seu escopo. (BRASIL, 1998).

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

E estabeleceu as modalidades de cobertura assistencial, ainda em vigor. (BRASIL, 1998).

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Segundo Campos (2006), a regulação dos planos de saúde através da Lei nº 9.656/98 teve um impacto determinante na relação entre operadoras de saúde e seus prestadores de serviços. Isso porque, 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.

As operadoras podem oferecer cada segmentação como um tipo de plano ou combinar as segmentações para formar um plano e oferecer aos beneficiários, que podem escolher a melhor opção de acordo com suas necessidades como: ambulatorial, hospitalar, ambulatorial+hospitalar, com ou sem obstetrícia,

odontológico e referência, conforme prevista na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos RN 439 de 2018 (ANS). (BRASIL, 2018).

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – Rol, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º O Rol garante e faz público o direito de cobertura assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, contemplando procedimentos e eventos para a promoção à saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

Art. 3º Os ciclos de atualização do Rol ocorrerão a cada dois anos e terão como finalidade a revisão da Resolução Normativa que estabelece a cobertura assistencial mínima obrigatória.

A segmentação pode ser definida como a amplitude da cobertura assistencial de um contrato de plano de saúde e é dividida nas seguintes categorias:

- Plano ambulatorial - Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para a segmentação ambulatorial, com cobertura de consultas em clínicas ou consultórios médicos, laboratórios, exames, tratamentos para quimioterapia e radioterapia em nível ambulatorial e alguns procedimentos ambulatoriais. Em casos de urgência e emergência, o plano cobre até as primeiras 12 horas de atendimento.
- Plano Hospitalar sem Obstetrícia – Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar sem obstetrícia, incluindo as internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade; honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação; procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, como por exemplo: – quimioterapia; – radioterapia. Excluído a parte de ambulatorial e Obstétrica.
- Plano Hospitalar com Obstetrícia - Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar com obstetrícia, inclui os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os

procedimentos obstétricos, como por exemplo, pré-natal e parto e cobertura assistencial ao recém-nascido até os primeiros 30 dias de vida.

- Plano Odontológico - Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Odontológicos, incluindo: consultas e exames clínicos; exames auxiliares ou complementares e preventivos.
- Plano Referência - São aquelas relacionadas para o plano com cobertura ambulatorial somada às previstas para o plano com cobertura hospitalar com obstetrícia. Sendo o plano que garante a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro.

No que diz respeito às relações contratuais entre operadoras de saúde e hospitais, estas são regidas pela Resolução Normativa (RN) nº 363, de 2014. (BRASIL, 2014).

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

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 (RN 363) se restringe a questões operacionais e burocráticas e não aborda limites para a negociação de preço entre as partes. (BRASIL, 2014).

Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.

Art. 12. A remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo. (Alterado pela RN nº 436, de 28/11/2018)

§ 1º A composição da remuneração e os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor. (Alterado pela RN nº 436, de 28/11/2018)

[...]

§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;

Ainda, 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 abordada mais adiante.

Esta situação só será revertida vinte anos após, com a publicação da Resolução Normativa nº 436, de 28 de novembro de 2018, ao implantar um fator de qualidade para definir os percentuais de reajuste dos planos (BRASIL, 2018):

§ 1º A composição da remuneração e os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

[...]

Art. 8º O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde, nas situações em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS e de acordo com os seguintes percentuais:

I - 115% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o nível A do fator de qualidade;
II - 110% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;" (NR)

Na Cartilha de Saúde Complementar, elaborada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Abicalaffe (2020) apresenta novos modelos de remuneração e novos produtos; onde os métodos básicos de pagamento “[...] refletem os modelos simples tanto prospectivos como retrospectivos [...]. ‘A arte de projetar políticas de pagamento é encontrar o equilíbrio certo sem criar uma confusão de incentivos conflitantes’ (QUINN, 2015 apud ABICALAFFE, 2020, p.233)”.

Parafraseando Abicalaffe (2020), a migração de modelos simples de pagamento para modelos híbridos, sendo ou não associados à partilha de risco e/ou

de resultados, é a grande mudança que ocorreu nos modelos de remuneração nas duas últimas décadas da Lei da ANS.

O relacionamento entre os organismos que prestam serviços de saúde às operadoras de saúde deve ser embasado na parceria, na confiança e apresentar equilíbrio porque ocorre uma interdependência, onde uma precisa da outra para sobrevivência no mercado de saúde suplementar. (SILVA, 2003; CAMPOS, 2006).

Portanto, o interesse no crescimento de um é atrativo ao outro, uma vez que ambos encontraram na ineficiência do setor público de saúde uma oportunidade (SILVA, 2003). Assim, se forma um sistema de remuneração que consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas (CHERCHIGLIA, 1994 apud BESSA, 2011). 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, são reconhecidos 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).

Os modelos de remuneração também podem ser classificados de forma temporal, pelo tempo no qual eles ocorrem (ANDREAZZI, 2003):

- 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 ajustados entre as partes;
- Misto–modelo composto por ambas as formas – pré e pós – onde a distribuição ideal é definida pelos gestores.

Segue a descrição dos modelos de remuneração:

- Pagamento por serviço prestado (Fee for Service – FFS) – modelo de conta aberta, onde o pagamento é realizado de forma retrospectiva ou de pós-pagamento; ainda continua sendo o mais utilizado para a remuneração de prestação serviços, porque o pagamento é realizado por procedimento individual.

Essa forma de remuneração pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, onde a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens utilizados (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares) [...]. (ANS, 2019, p.20).

No FSF não são reconhecidas diferenças de desempenho, nem qualidade ou mesmo a eficiência dos profissionais, muito menos, se verifica os resultados do tratamento. Sua atenção está focada em preços e não no valor entregue ao paciente (GOSDEN et al., 2001).

Para Oliveira, Veras e Cordeiro (2018, p.199-200), o FFS não visa à qualidade de atenção à saúde e, mesmo assim, ele se manterá com algumas adaptações:

Como a essência do FFS é o pagamento por produção de procedimentos individuais, uma das principais desvantagens desse modelo é o estímulo à sobreutilização de serviços intermediários, principalmente os que proporcionam margens de lucro mais elevadas e, portanto, afetam de forma negativa a qualidade da atenção à saúde. Hoje o FFS é o modelo mais associado na literatura ao aumento desnecessário no custo da assistência médica. Vale destacar que o FFS não desaparecerá.

Em comparativo do nível de responsabilização e integração do prestador, Abicalaffe (2020, p.240) visualizou que o FFS, no modelo simples, atingiu o menor nível, incluindo o risco financeiro.

Está no menor nível de responsabilização e integração do prestador, também no menor nível de risco financeiro. Não há nada atrelado à qualidade. Muitos autores defendem que este modelo é um desincentivo à qualidade, estimulando a excessiva produção e a complexidade dos serviços. Por outro lado, este modelo pode ser útil em alguns ambientes, como as emergências ou ainda onde há escassez de profissionais.

- Bundle Payment (pagamento por pacote) – modelo de pagamento por episódios – Nesse modelo, o pacote é composto de insumos como

serviços, diárias, procedimentos, taxas, materiais e medicamentos. “Nessa categoria se estabelecem metas de custo e estimulam-se os prestadores a serem mais eficientes e efetivos, pois podem dividir as economias ou os prejuízos.” (ABICALAFFE, 2020, p.242). O pacote trabalha com preço fixo, que está relacionado a um determinado tipo de atendimento, trazendo maior previsibilidade para a operadora, onde os preços são específicos para atender determinada condição clínica, porém definido o período, em cobertura de todos os serviços e infraestruturas necessárias. Nessa modalidade, o prestador tem maior participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante. Destaque para a incidência da competição por valor.

São denominados em geral “episode-based” porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio/um evento em saúde. A modalidade é denominada “bundled” porque os pagamentos dos serviços podem ser realizados por diferentes prestadores e podem ser “agrupados” em um único pagamento. Pode ser prospectivo ou retrospectivo. Esse valor é rateado entre os prestadores conforme devido. Os BPCI exigem que o prestador assuma riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. (SILVEIRA, 2013, p.8).

Segundo a ANS, essa modalidade permite que os pagamentos dos serviços sejam para diferentes prestadores de serviço, podendo ser agrupado em um único pagamento prospectivo ou retrospectivo. O rateio do valor entre os prestadores de serviço é outra característica da modalidade Bundled. (ANS, 2019, p.56-7; GAPENSKI, 2006, p.44).

Bundled Payments significam [...] o estabelecimento de um valor único para todos os serviços prestados para o cuidado de um caso [...]. Para isso, seria alocado um único valor global que incluiria a remuneração de todos os prestadores envolvidos no cuidado. Esse modelo pressupõe a existência de uma entidade responsável por gerenciar o pagamento de todos os prestadores envolvidos como um microssistema constituído (UGÁ, 2012; BICHUETTI; MERE JR. apud ANS, 2019, p.57).

Através da uniformização e padronização de protocolos, é possível eliminar a redundância e aumentar a eficiência na prestação do serviço de saúde. Na contra mão, aparece a desvantagem, “[...] de não necessariamente se aplicarem a todos os casos clínicos e devem ser testados levando em consideração o esforço operacional

que ele exige, devido à necessidade de controle e coleta de dados para implementação”, segundo Miller (2017 apud ANS, 2019, p.57) e Icos (2017 apud ANS, 2019, p.57).

- Capitação (Capitation) – modelo prospectivo de pagamento, tendo por base, a população de determinada área ou região, onde o prestador recebe um valor fixo por serviço no atendimento ao beneficiário assistido, por exemplo, valor fixo por consulta com especialista.

Escrivão e Koyama (2007) definem 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.

Um dos modelos mais amplamente discutidos é o chamado Capitation, que é definido como um modelo de remuneração de médicos ou outros prestadores de serviços de saúde, por meio do estabelecimento de um valor fixo por paciente cadastrado (per capita) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados, para uma população definida, em um período de tempo especificado. O prestador recebe um montante de recursos periodicamente, geralmente anual, que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos, multiplicado por um valor per capita. Este valor unitário é frequentemente ajustado por risco, considerando, pelo menos, o sexo e a idade da população. A remuneração independe da quantidade de serviços prestados e esse valor fixo é pago antecipadamente (ex ante) (AAS, 1995; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016 apud ANS, 2019, p.33).

Na modalidade de capitação o pagamento é realizado de forma prospectiva para atender à saúde de determinados grupos populacionais. Os valores são préfixados, correspondendo a determinado número de pacientes versus determinado período de tempo, independente do tipo e da quantidade de serviços prestados. Assim sendo, ocorre a previsibilidade de custos (despesas) para a operadora, ou seja, para a fonte pagadora. Acontece o compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde. (ESCRIVÃO; KOYAMA, 2007).

De acordo com o Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor, elaborado pela ANS (2019), observa-se que no modo de capitação quem absorve frações do risco da remuneração é o prestador de serviço, o que pode vir a interferir na qualidade do atendimento:

[...] uma vez que concorda em fornecer serviços de saúde a uma determinada população segurada independentemente do custo real dos serviços. O custo poderá ser menor ou exceder os valores recebidos previamente, tornando o prestador em uma espécie de ‘mini seguro’, pois

recebe um 'prêmio' garantido para fornecer serviços cujo custo e valor reais não são conhecidos inicialmente. Esse sistema pode induzir a uma redução do acesso aos serviços, seleção de risco ou baixa qualidade, caso o valor pactuado seja muito baixo (UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014 apud ANS, 2019, p.34).

Esse entendimento é compartilhado e complemento em mais um estudo, onde a modalidade de Capitação visa à redução de custos na remuneração, mas o prestador do serviço precisa primar pela qualidade.

Embora apresente a vantagem da previsibilidade, o Capitation pode afetar o acesso, a qualidade e quantidade dos serviços, podendo impactar negativamente nos resultados em saúde. Destaca-se que apenas reduzir custos não implica, necessariamente, em maior eficiência. Ademais, avaliar qualidade sobre uma base populacional acrescenta complexidade ao sistema, sobretudo se houver dados estatísticos limitados. (UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE Jr., 2016 apud ANS, 2019, p.35).

Já, o pagamento por desempenho tem um olhar sob a qualidade da assistência.

- Pagamento por desempenho (P4P) – 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.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS (2018) – através de sua Cartilha sobre saúde suplementar, contribui muito para que se entenda as modalidades de pagamento das remunerações pagas pelas operadoras de saúde.

Neste modelo mantém-se o pagamento tradicional FFS estipulado em tabelas de honorários ou ainda no contrato de trabalho por salário, mas associam-se incentivos com base na melhoria de indicadores de qualidade. Várias operadoras já adotam esta metodologia para pagar os médicos da rede ou cooperados, serviços hospitalares, utilizando ou não o DRG (ABICALAFFE, 2020, p.241).

Cada método de pagamento busca incentivar a prestação de assistência e cuidados gerais ao paciente, sendo possível ocorrer situações particulares, porém nenhum neutraliza a qualidade. Os cuidados de saúde diferem de muitos outros setores porque a unidade de pagamento permanece variável e não liquidada.

Apesar de que é através do método de pagamento que se define quando, quanto e como a assistência será prestada. (QUINN, 2015; GREENE; NASH, 2009).

- Assalariamento – É a contraprestação de serviço executado, onde ocorre o pagamento clássico pelo período de trabalho, independente da produção ou não de serviços.

Este tipo de remuneração ocorre principalmente no caso de serviços prestados em locais fechados de hospitais, como unidades de terapia intensiva, prontos-socorros, e unidades de diagnóstico, por exemplo, clínicas de imagem. Na maioria das empresas classificadas como Medicina de Grupo, os médicos e os prestadores de serviços são assalariados ou credenciados, este modelo também é o predominante no pagamento de profissionais de saúde no SUS (BESSA, 2011 apud ANS, 2019, p.46-7).

Gosden et al. (2001 apud ANS, 2019, p.47) concluem que a remuneração assalariada está comumente associada a um baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos, e encaminhamentos para especialistas, porém observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos.

Nesta modalidade de remuneração há maior estabilidade com menores riscos ao médico e é pouco provável que haja tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias (GOMES, 2010).

A adoção de novos modelos de remuneração no Brasil, em particular na saúde suplementar, [apesar de poderem contribuir para a sustentabilidade do setor e ser um instrumento indutor da qualidade do cuidado em saúde], ainda é notadamente um grande desafio a ser enfrentado, o que justifica o papel da ANS de facilitar o diálogo entre todos os atores e induzir a adoção de modelos inovadores com vistas a melhorar a efetividade do sistema de saúde sem perda de qualidade. (ANS, 2019, p.17).

Embora tenham sido apresentadas várias modalidades de remuneração, é possível afirmar que acontece uma mescla, onde ocorre a migração de modelos simples, como o FFS, para modelos de pagamento híbridos, mesmo divididos em risco e/ou resultados.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Descrever o modelo de remuneração empregado por uma operadora de planos de saúde em 2019 a seus prestadores referente à patologia câncer de mama.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o modelo de remuneração utilizado pela operadora aos prestadores referente à patologia câncer de mama;
- Descrever modelos alternativos de remuneração para a patologia de câncer de mama.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a elaboração deste estudo, foi realizada pesquisa documental junto às contas pagas por uma operadora de plano de saúde para prestadores de serviços que realizaram procedimento de câncer de mama no período de 01/01/2019 a 30/12/2019, visando identificar o modelo de remuneração utilizado.

Foram identificadas 1028 autorizações para câncer de mama, distribuídas em cirurgias ambulatoriais, procedimentos ambulatoriais e internações, bem como os seus custos.

A operadora de saúde em estudo é da cidade Porto Alegre (RS), de autogestão, com rede credenciada de serviços. A operadora trabalha com três tipos de planos: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico, com 37.510 beneficiários até outubro de 2021.

Sob guias de autorização, um arquivo foi fornecido, sem identificação do paciente (como nome do paciente, idade, nome do médico assistente, local onde ocorreu o procedimento), com os seguintes dados: tipo do evento (ambulatorial, cirurgia ambulatorial ou internação) e seus custos.

Através da análise das contas médicas, será identificado o modelo de pagamento realizado aos prestadores.

Em busca realizada na BVS, foram encontrados os seguintes números de artigos para cada termo empregado, no título, resumo ou descritor: saúde suplementar (n=2015), modelos de remuneração (n=247) e, câncer de mama (n=339.592). O uso simultâneo redundou em 19 artigos para remuneração na saúde suplementar e 6 artigos na remuneração de câncer de mama. Com os três termos, nenhum texto foi resgatado.

Por se tratar de estudo que emprega dados fornecidos pela operadora, com termo de aceite institucional, sem acesso a dados confidenciais que envolvam questões éticas, este projeto foi encaminhado unicamente para registro junto à comissão de pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5 RESULTADO

Em 2019 foram realizadas 1028 autorizações de pagamento por uma operadora de autogestão de Porto Alegre, exclusivamente para a patologia de câncer de mama, resultando em gastos na ordem de R\$ 3.451.165,89, distribuídos em eventos ambulatoriais, cirurgia ambulatorial e internação (tabela 1), tendo por remuneração o modelo Fee for Service – FSF.

Tabela 1 – Tipo de evento

Tipo de evento	n (%)	Valor pago (R\$)
Ambulatorial	74,33	2.565.190,14
Cirurgia Ambulatorial	9,32	321.676,68
Internação	16,35	564.299,07
Total	100,00	3.451.165,89

Essa modelagem remuneratória, o FSF, carece de uma remodelagem. Estudo de Oliveira (2021) cita relatório, elaborado pelo Instituto de Medicina dos EUA, que se tornou referência mundial, intitulado ‘Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21’, quando “[...] declarou a necessidade de alinhamento da remuneração dos serviços de atenção à saúde a mecanismos de indução e medidas de mensuração da qualidade”. (OLIVEIRA, 2021, p. 204). Isso porque foi constatado que ainda prevalece o FFS como “[...] modelo [...] de remuneração dos serviços de saúde em muitos países, tanto em sistemas públicos de saúde, quanto naqueles orientados ao mercado de planos privados de saúde [...]”. Para Oliveira (2021, p. 204), esse modelo estimula “[...] à competição por usuários e remuneração por quantidade (volume) de serviços produzidos”, porém, é necessário que, em um sistema de saúde, pacientes, profissionais de saúde, prestadores de saúde e operadoras de planos de saúde sejam beneficiados, primando sempre pela qualidade da saúde.

O modelo de remuneração Fee for Service remunera através de uma tabela, previamente acordada, com valor estabelecido para cada item utilizado. Se dá pelo somatório das taxas, equipamentos, serviço de apoio ao diagnóstico (SADT), gasoterapia, serviço de enfermagem, honorários médicos, etc., além dos insumos de materiais e medicamentos.

Na tabela 2, estão os pagamentos realizados, por rubrica, item a item.

Tabela 2 – Total de despesas por tipo

Tipo de despesa	Valor pago (R\$)	%
Medicamentos	2.225.303,27	64,48
Outros	302.358,57	8,76
Materiais	295.856,72	8,57
Radioterapia conformada RTC 3D	236.153,08	6,84
Taxas e Alugueis	117.906,99	3,42
Medicamentos consumo fora	86.126,89	2,50
Terapia Oncológica - Planejamento um dia	61.426,42	1,78
Radiocirurgia RTC – Nível3 lesões	36.443,14	1,06
TC para Pet Oncológico	34.030,10	0,99
Diárias e Taxas	31.538,78	0,91
Prótese e Órtese	24.021,93	0,70
Total	3.451.165,89	100,00

Oliveira (2021), além de confirmar a prevalência do FSF como modelo dominante na assistência da saúde suplementar no Brasil, afirma que esse modal estimula o volume e a sobreutilização, com modais valorados.

Os sistemas de saúde estão colocando em pauta o debate sobre metodologias e ferramentas baseadas em valor (Value Based Health Care) para a redução do desperdício e melhorias do desempenho no setor. (OLIVEIRA, 2021, p.205-6).

Lembrando que esses novos formatos de remuneração precisam “[...] de informações sistematizadas e confiáveis que proporcionem uma correta e adequada mensuração dos desfechos clínicos, dos custos assistenciais e da efetividade das ações e do cuidado em saúde [...]”. (OLIVEIRA, 2021, p.206).

Já existe um programa responsável por mensurar dados que expressem a qualidade de atenção à saúde, a satisfação do paciente e ainda os resultados preestabelecidos pela ANS.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – PQSS – tem por princípio avaliar o

[...] impacto das ações de saúde na população beneficiária; [identificar a] perspectiva de sistema; [e, avaliar] [...] de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores (ESCRIVÃO JR; KOYAMA, 2007, p. 907).

Um dos indicadores de monitoramento da qualidade das operadoras, será a atenção à saúde através da “avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados, buscando a identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida [...]” e outro, que é de interesse desse trabalho, é a “Satisfação dos beneficiários – identificação da visão do usuário no cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora”. (ESCRIVÃO JR; KOYAMA, 2007, p. 908).

A motivação para a consulta deveu-se à constatação de que as operadoras serão avaliadas, no âmbito do PQSS, por indicadores assistenciais da dimensão “Atenção à saúde”, e cada um destes indicadores será pontuado por metas estabelecidas pela ANS. Como a operadora, em geral, é dependente da rede credenciada ou referenciada para atender seus beneficiários, se os prestadores tiverem programas de gestão da qualidade, com metas assistenciais, similares aos exigidos pela ANS das operadoras, haverá uma condição favorável na rede credenciada para cumprimento das metas da IDSS. (ESCRIVÃO JR; KOYAMA, 2007, p. 909).

Esse programa poderia servir de parâmetro para que fossem adaptadas novas ferramentas que possibilitassem o armazenamento de dados e, posterior, avaliações, critérios de indicadores de desempenho, dentre outros; como pode ser observado pelo estudo de Escrivão Jr e Koyama (2007, p.909), quando apresentou o resultado de uma pesquisa.

Outro aspecto importante a destacar na pesquisa realizada nos pagamentos pela operadora, para a patologia de câncer de mama, é a prevalência dos gastos com medicamentos, percentual extremamente relevante se comparado com os demais gastos no tratamento. Onde a classe médica pouco contribui para mudança do modelo de remuneração que não os favoreça, embora camufladamente coloquem o paciente em evidência, muitas vezes sofrem com as pressões das indústrias farmacêuticas.

Britto (2009) corrobora quando apresenta seu estudo sobre a existência do desequilíbrio econômico do sistema de saúde suplementar brasileiro com o desvio do foco da remuneração do serviço hospitalar para venda mercantil de material e

medicamento. Através de um gráfico, ele demonstrou que a variação de custos se comparada a valores médios deste mesmo evento, ultrapassam 100%.

“O mercado de saúde suplementar brasileiro, com maior ênfase na Bahia, costuma responsabilizar, diretamente, os fornecedores de materiais e medicamentos hospitalares pelo incremento dos altos custos da medicina”. (BRITTO, 2009, p.41). Subentende-se, pelos estudos de Britto (2009), que a oneração dos custos para as operadoras de saúde é a busca por rentabilidade que se observa por parte das prestadoras de serviço no que diz respeito a preço:

Na relação diretamente proporcional entre o valor de aquisição e o valor de venda reforça a convicção do mercado de saúde brasileiro que quanto maior o valor de compra unitário agregado dos materiais, medicamentos e material especial (OPME), maior é o preço de venda e igualmente maior a sua rentabilidade. (BRITTO, 2009, p.55).

Tanto prestadores de serviço de saúde, quanto operadores de planos e seguradoras de saúde, visam maximizar seu resultados; se de um lado, o prestador “[...] opta por adquirir os produtos de maior valor agregado para possibilitar sua venda pelo maior valor [...]”, por outro lado, operadoras e seguradoras desejam “[...] o que o prestador adquira o produto de menor valor agregado para possibilitar sua venda por valor mais baixo permitindo, por sua vez, redução dos custos das operadoras e melhor resultado financeiro”. (BRITTO, 2009, p.55-6).

Para a operadora de saúde, esta situação é ainda mais preocupante como fonte pagadora dos serviços, pois o modelo de remuneração atual sugere que quanto maior a quantidade de itens maior o prestador é remunerado. Cabe ressaltar que a remuneração de medicamentos é concebida através de uma tabela pré-acordada, porém pouco eficiente.

Um cenário que está se tornando insustentável para as operadoras de saúde com o aumento crescente das despesas, não sendo possível repassar estes custos ao consumidor final, onde a adoção de um modelo de remuneração diferente do Fee for Service se torna obrigatório.

Bessa (2011, p.8) sugere o desenvolvimento de um novo modelo de remuneração em busca de:

[...] benefícios, não apenas econômicos, contanto que a construção dos indicadores de resultado e de qualidade possam ser feitos com a participação de todos os atores, inclusive dos médicos. Só assim

chegaremos a um modelo remuneratório que reduza os procedimentos (e os gastos) desnecessários, priorize a qualidade dos serviços, otimize os resultados e melhore os índices de satisfação de todos os envolvidos na cadeia da saúde [...].

Acrescente-se a tudo isso o principal ator: o beneficiário; este, sim, merece que todos os esforços sejam em busca de qualidade na saúde suplementar! Afinal, eles pagam uma boa parcela dessa conta! “[...] o paciente [...] deveria ser cortejado com as melhores práticas médicas possíveis, e não com as mais rentáveis”. (BESSA, 2011, p.71).

O tradicional modelo Fee for Service não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais, não verifica o resultado do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente.

Contudo, a intenção de implantar um novo modelo de remuneração, além de auxiliar no acompanhamento do processo, trará maior controle das despesas, possibilitando que a qualidade e o desfecho se tornem a prioridade no resultado final.

Como esse nosso estudo tem por foco a patologia de câncer de mama e se trata de uma empresa de autogestão, Bessa (2011, p. 51) dá sua contribuição quando apresenta a seguinte informação que bem poderia ser aplicada em um modelo híbrido: “Em [...] uma autogestão, encontra-se, além do tradicional fee for service o modelo adicional de remuneração por pacote, para pacientes internados ou que serão submetidos a cirurgias e procedimentos eletivos”. Mas, Bessa (2011, p. 92) dentro das múltiplas modificações dos modelos de remuneração no sistema de saúde brasileira, acrescenta que:

[...] os pacotes também surgem como alternativa cada vez mais evidente para compartilhar riscos entre operadoras e prestadores e já se observam modelos de remuneração híbridos que associam fee for service ou salário à critérios de desempenho bem estabelecidos em algumas grandes operadoras brasileiras. Porém, parece bastante provável que, em médio prazo, critérios de desempenho e satisfação sejam incorporados no cálculo dos honorários médicos, pois algumas das maiores operadoras de planos de saúde estudam com profundidade o tema e a discussão em torno do assunto começa a se acentuar, inclusive no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar [...].

Bessa (2011, p.92-3) conclui em seu estudo que, apesar do modelo de remuneração das operadoras de saúde brasileiras, que se adequem à realidade do

Brasil, sejam híbridos ou combinados e mesmo que a avaliação de desempenho seja um salto fundamental na organização do sistema de saúde suplementar,

[...] nem todas as operadoras possuem estrutura tecnológica adequada, capacidade de armazenamento de informações e pessoal treinado que permitam implantar a remuneração por desempenho integralmente. O mais importante é que os critérios de remuneração [...] sejam transparentes e discutidos com todos os envolvidos [...]. E também que, independentemente do modelo de remuneração encontrado, se consiga chegar a um patamar digno para os profissionais da saúde [...] e, principalmente haja melhoria efetiva de todos os processos de atendimento dos beneficiários da saúde suplementar com redução de procedimentos desnecessários, priorização da qualidade dos serviços, otimização dos resultados e melhoria dos índices de satisfação de todos os envolvidos na cadeia da saúde.

Porém, em virtude de nosso estudo ter por foco a patologia do câncer de mama, entende-se que um modelo alternativo ao atual (FSF) deva ser um modelo de remuneração baseado em valor e não em volume.

No 'Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor', elaborado pela ANS (2019, p.56),

Nota-se uma tendência de ampliação [...] [de] atenção à saúde; à implementação de modelos alternativos de pagamento baseados em valor, vinculados ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução de desperdícios na prestação dos serviços de saúde.

Esse Guia (ANS, 2019) apresenta o Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) – Pagamentos em pacotes para melhoria dos cuidados em saúde – ou, simplesmente Bundled, onde os serviços podem ser prestados por diferentes prestadores, porém abre a possibilidade de ocorrer um único pagamento, desde que esses se agrupem.

O BPCI é composto por vários modelos amplamente definidos de atendimento, que vinculam pagamentos para múltiplos serviços que recebem durante um único episódio de atendimento e inclui a responsabilidade financeira e de desempenho pelos episódios de atendimento. Os prestadores têm, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição de saúde.

Este modelo pode levar a cuidados coordenados de melhor qualidade a um menor custo. Desse modo, é exigido que o prestador assuma os riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. (ANS, 2019, p.44-5).

O pagamento por Bundles é feito por condição clínica ou linha de cuidado, responsabilizando o prestador por todo o atendimento (serviço, infraestrutura, materiais, medicamentos, taxas, etc.). Este modelo alcança melhores cuidados criando incentivos para a redução dos eventos adversos e estimula a economia obtida com a redução dos desperdícios assistenciais.

Costa e Arrais (2018) realizaram um estudo para um modelo alternativo ao FSF e encontraram no Bundled a solução inicial, observando a necessidade de protocolos padronizados para contribuir com a redução de custos e o aumento da qualidade no atendimento ao paciente. “Isso garante uniformidade de ações e diminuição de desperdícios. Atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental”. (COSTA; ARRAIS, 2018, p.179).

Porém, esse mesmo estudo traz um alerta de que essas mudanças podem ser uma solução de curto prazo, se não houver a conscientização da necessidade de “[...] mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial [...]”. (COSTA; ARRAIS, 2018, p.179).

Em matéria na Saúde Suplementar, sobre novos modelos de pagamento para a realidade brasileira, Abicalaffe (2020, p. 241), avaliando o gráfico sobre categorias de pagamentos para gerar valor, onde foi analisado o nível de responsabilização e integração do prestador, em um eixo, e, no outro, nível de risco financeiro, concluiu que na categoria Bundles são estabelecidas metas de custo para estimular a eficiência e a efetividade dos prestadores, onde podem dividir tanto economias quanto prejuízos.

Dependendo da condição clínica do paciente, é definido um período de atendimento, onde o pagamento é específico à cobertura de todos os serviços e infraestruturas necessárias para o tratamento desse paciente, nessa condição clínica em todo o ciclo de cuidado. (ABICALAFFE, 2020, p. 242).

Porter e Kaplan, idealizadores do método de pagamentos em valor, em sua teoria de pacotes de serviços, veem no Bundled uma das alternativas para moralizar a saúde suplementar. Essa modalidade já vem apresentando consistência de resultados nos Estados Unidos, desde 2017 (ABICALAFFE, 2020, p. 243) “[...] 59% dos grandes hospitais e 33% dos pequenos hospitais já estão testando Bundles [...]”, empregadores norte-americanos já adotam esse modelo.

Além da significativa redução de custos, pacientes satisfeitos com o período de permanência e, se for o caso, readmissões, são resultados que elevam a avaliação do Bundles.

Abicalaffe (2020, p. 243) aponta os pontos positivos do modelo de pagamento por Bundles:

- Alcança cuidados melhores e mais coordenados.
- Cria incentivos para redução dos eventos adversos.
- Recompensa os prestadores de forma explícita ou implícita pela qualidade entregue.
- Bônus por atingimento de limiares de qualidade predefinidos.
- Melhoria da margem pela redução de readmissões e/ou de eventos adversos.
- Cria competição por Valor e transparência por condição clínica.

Como desafios apresentados por esse modelo, Abicalaffe (2020, p. 243) cita:

- O prestador deve ter consciência de que é bom no que faz para assumir o risco. Prestadores duvidosos não entram neste arranjo contratual (o que pode ser positivo, gerando a competição por valor).
- A contratualização deve ser feita com muitos atores: pagador, prestadores e indústria.

Por fim, para aplicar um novo modelo de remuneração eficaz, se faz necessário uma rede referenciada parceira, onde todos os envolvidos estejam dispostos a compartilhar riscos, alinhando protocolos clínicos eficientes. Esse processo pode ser realizado através de um único prestador ou um grupo que esteja disposto a assumir este compromisso, junto com a operadora de saúde e compreender que a mudança é uma necessidade para sustentabilidade do setor.

Todavia, mudanças exigem esforços e com isto a transformação na mentalidade e nas culturas organizacionais, um primeiro passo a ser dado, deixando o paciente como foco principal.

6 CONCLUSÃO

Após a análise das contas apresentadas, apenas o modelo Fee for Service foi identificado, sendo os pagamentos realizados item a item aos prestadores para a patologia de câncer de mama. Esse modelo de remuneração sugere que quanto maior a quantidade de itens, maior a remuneração do prestador.

Conforme o modelo de remuneração apresentado no trabalho, pode-se destacar como alternativa, o pagamento por Bundle, um modelo com maior previsibilidade e aumento da eficiência nos custos e nos cuidados para câncer de mama.

A implantação desse modelo requer diagnóstico precoce, estímulo de ação e prevenção e busca ativa dos beneficiários para adesão ao modelo de tratamento; garantir que o beneficiário com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama aceite seguir os protocolos para o cuidado, através da rede referenciada.

Esse seria um dos desafios, visto que a operadora disponibiliza uma rede aberta de livre escolha aos seus beneficiários.

No cenário atual, o modelo Fee for Service se torna insustentável para as operadoras de saúde, sendo necessário viabilizar outros modelos ou mix de modelos para garantir a sustentabilidade do setor.

REFERÊNCIAS

ABICALAFFE, César Luiz L.. Novos modelos de remuneração e novos produtos. In: CECHIN, José (Coordenação e organização). **Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua**. Londrina: Midiograf, 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valores**. Rio de Janeiro: (s.n.), 2019.

ANS. **Dados e Indicadores do Setor** – Operadoras de planos privados de saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 06 ago.2021.

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 ago.2021.

AZEVEDO, P. F. et al. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas**. São Paulo: Insper, 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.

BICHUETTI, J.; MERE JR, Y. Modelos de Remuneração na Saúde. **Harv Bus Rev Brasil**, v. 91, n. 10, p. 58-62, 2016.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 3 de junho de 1998; **DOU** 4.6.1998.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, 24 de agosto de 2001. **DOU** 24.08.2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa - RN Nº 363, de 11 de Dezembro de 2014. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências. **DOU** 22.12.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa - RN Nº 436, de 28 de novembro de 2018. Altera a RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências e a RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispões sobre a definição de índice de

reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde. **DOU** 03.12.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa - RN Nº 439, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **DOU** 12.12.2018.

BRITTO, Marcelo Moncôrvo. **O desequilíbrio econômico do sistema de saúde suplementar brasileiro com o desvio do foco da remuneração do serviço hospitalar para venda mercantil de material e medicamento**. Dissertação. Julho, 2009. 77 pp. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

CAMPOS, C. C. Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadoras de serviço. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 228-238, 2006.

CHERCHIGLIA, M. L. **Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidência empírica**. Washington, DC. OPAS/WHO, 2002.

COSTA, E. P.; ARRAIS, A. R. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 2, p. 170-80, 2018.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á.; KOYAMA, M. F. 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.

FREITAS, Maria Helena de; BACELAR. Winston Kleiber de Almeida. **A saúde suplementar no Brasil: regionalização, centralização e concentração**. Universidade Federal de Uberlândia (UFU). IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. 19-21 jun.2019.

GAPENSKI, L. C. **Understanding healthcare financial management**. 5.ed. Chicago: Health Administration Press. 2006.

GOMES, C. L. S. **Remuneração médica: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde suplementar**. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECJS-85SMRX>>. Acesso em: 10 jul.2021.

GOSDEN, T. et al. 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. E.; NASH, D. B. Pay for performance: An overview of the literature. **American Journal of Medical Quality**, v. 24, n. 2, p.140–163, 2009.

INSTITUTO de Estudos em Saúde Suplementar – IESS. **Projeção das despesas assistenciais da saúde suplementar (2018-2020)**. São Paulo: Instituto de Estudos em Saúde Suplementar, 2018.

INSTITUTO Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>>. Acesso em: 05 ago.2021.

OLIVEIRA, Martha. A incorporação de tecnologias e os modelos de remuneração moldando a forma de cuidar na saúde suplementar. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 1, p. 198-206, jan./abr, 2021.

OLIVEIRA, Martha Regina de; VERAS, Renato Peixoto; CORDEIRO, Hésio Albuquerque. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? **J Bras Econ Saúde**, v.10, n. 2, p. 198-202, 2018.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINN, K. The 8 Basic payment methods in health care. **Annals of Internal Medicine**, v. 163, n. 4, p. 300-306, ago.2015.

SILVA, A. A. **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: 30 jul.2021.

SILVEIRA, Daniela. **Modelos inovadores de remuneração de prestadores de serviço.** ANS. ASTEG/DIRAD/DIDES, 2013.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3437-3445. Rio de Janeiro, 2012.