

**SISTEMÁTICAS DE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS QUE
ATUAM NA SAÚDE SUPLEMENTAR: DIRETRIZES E RUMOS.**

GRUPO DE TRABALHO SOBRE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS

RODADA DO RIO DE JANEIRO

Junho de 2010

Confederação das Misericórdias do Brasil – **CMB**
Associação Nacional dos Hospitais Privados – **ANAHP**
Federação Brasileira de Hospitais – **FBH**
Confederação Nacional de Saúde – **CNS**
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – **UNIDAS**
Associação Brasileira de Medicina de Grupo – **ABRAMGE**
Federação Nacional de Saúde Suplementar – **FENASAÚDE**
UNIMED do Brasil - **UNIMED**
Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS**

Introdução

A *Rodada do Rio de Janeiro*, como ficou denominada a primeira etapa das reuniões do Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais, tratou das diretrizes e dos rumos a serem adotados pelas operadoras e hospitais na implementação de sistemáticas de remuneração dos serviços prestados.

As reuniões que produziram os consensos expressos neste documento ocorreram nos dias 28/01/10, 26/02/10, 09/04/10, 07/05/10 e 11/06/10, contando com a presença dos representantes das entidades que o assinam e com a mediação do **Professor Afonso José de Matos**, a quem o Grupo de Trabalho agradece os esforços e a dedicação na busca de um setor sustentável, onde haja espaço para o relacionamento produtivo, tendo o paciente no centro de suas ações.

Contexto Atual

É de amplo conhecimento do setor de saúde suplementar no Brasil a dinâmica de remuneração dos hospitais que nele atuam. Após a estabilidade econômica ser alcançada com o Plano Real, o mercado passou por um longo período de congelamento das diárias hospitalares, bem como das diversas taxas dos serviços hospitalares. A pressão por re-equilíbrio das receitas desses hospitais gerou novos caminhos através das margens cobradas sobre a comercialização de materiais, medicamentos e, principalmente, das órteses, próteses e materiais especiais (OPME), que acabaram gerando distorções do modelo de remuneração dos serviços desses hospitais.

Com o passar dos anos, essas distorções se agravaram, deixando os preços dos serviços hospitalares dissociados dos custos de sua prestação. Além disso, os incentivos negativos gerados estimulam o uso de insumos que não possuem a melhor relação custo/efetividade. Conseqüentemente, aumentando os custos assistenciais e fazendo com que parte significativa dos recursos disponíveis fosse direcionada dos honorários médicos para o custeio desses insumos.

O modelo de financiamento da saúde suplementar está baseado em uma quantidade finita de recursos que são disputados pelo constante aumento da quantidade de procedimentos realizados (tanto pela melhoria do acesso, quanto pela incorporação de novas tecnologias, que geralmente não suprimem o uso das tecnologias existentes) e dos preços dos serviços (inflação médica).

A sistemática de remuneração dos serviços hospitalares é baseada essencialmente pelo que conhecemos como *fee-for-service* ou Conta-aberta. Neste modelo, todos os insumos e serviços são discriminados detalhadamente quando da apresentação da conta hospitalar à operadora. E este é outro ponto em que são gerados incentivos de ineficiência, pois, quanto mais insumos e serviços forem executados, maior será a receita dos hospitais (lógica do taxímetro). Como consequência, os hospitais estruturam áreas administrativas relevantes para o aprimoramento da cobrança dos serviços prestados enquanto as operadoras estruturam grandes áreas administrativas para análise dessas contas.

Fatores Indutores da Mudança

Custos de Transação Crescentes – O acúmulo de distorções no modelo de remuneração dos serviços hospitalares chegou a um ponto crítico. Os custos de transação envolvidos no relacionamento entre os hospitais e as operadoras cresceram (e continuam crescendo) de tal forma que os objetivos principais do sistema, relacionados a efetividade dos cuidados prestados aos pacientes, deixaram de ser o foco da atividade.

Custo da Desconfiança – As relevantes estruturas de cobrança e controle das contas hospitalares passaram a consumir parte significativa dos recursos do sistema. Essas despesas são relatadas como o Custo da Desconfiança existente no relacionamento entre as operadoras e os hospitais.

Resolução CMED Nº 3 – a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED editou em 4 de maio de 2009 a Resolução Nº 3, que proíbe a aplicação de Preço Máximo ao Consumidor – PMC a medicamentos de uso restrito a hospitais. Publicou também a Orientação Interpretativa Nº 5, de 12 de novembro de 2009, a qual detalha a Resolução Nº 3, tornando clara a vedação de cobrança de margens de comercialização sobre os medicamentos pelos hospitais.

Necessidade de Mudanças Estruturais – O setor de saúde suplementar amadureceu e está pronto para discutir alternativas e soluções para os problemas atuais. Contudo, essas mudanças precisam ser profundas e estruturais, não havendo espaço para pequenos ajustes de curso e mudanças pontuais que pouco contribuem para a perenidade do sistema.

Grupo de Trabalho Remuneração dos Hospitais

Nesse contexto, considerando os fatores indutores da mudança presentes, os dirigentes das entidades representativas do segmento hospitalar e da saúde suplementar (Confederação das Misericórdias do Brasil – **CMB**, Associação Nacional dos Hospitais Privados - **ANAHP**, Federação Brasileira de Hospitais - **FBH**, Confederação Nacional de Saúde - **CNS**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – **UNIDAS**, Associação Brasileira de Medicina de Grupo - **ABRAMGE**, Federação Nacional de Saúde Suplementar – **FENASAÚDE** e a **UNIMED** do Brasil) solicitaram à Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS** que mediasse um **Grupo de Trabalho – GT**, formado por técnicos dessas entidades representativas do setor, visando a elaboração de uma nova sistemática de remuneração dos hospitais, em que fossem construídas propostas de mudanças estruturais, alinhadas com os objetivos de sustentabilidade do setor e de seus participantes, mas, acima de tudo, com o compromisso de prestação de serviços de qualidade com foco nos pacientes/usuários da saúde suplementar.

O GT foi estabelecido em 28/01/2010, quando foi iniciada a *Rodada do Rio de Janeiro*, tendo sido estabelecido o prazo de seis meses para que fosse produzido algum consenso sobre os rumos para o setor, especificamente no que concerne a sistemática de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar.

Este documento traz os consensos obtidos pelo GT, servindo como balizador para o setor na implementação de novas formas de remuneração dos hospitais.

Após a *Rodada do Rio de Janeiro*, O GT continuará trabalhando, buscando aprofundar questões práticas relacionadas a implementação dos rumos acordados, bem como estratégias para que o processo de transição do atual modelo de conta aberta para as novas sistemáticas de remuneração ocorra de forma exitosa.

Diretrizes e Rumos da Remuneração dos Hospitais

A. Premissas:

As propostas de sistemáticas de remuneração dos hospitais foram elaboradas com base em premissas que gerem resultados positivos tanto para quem presta os serviços, para quem paga por eles e por quem os recebe. São elas:

Sustentabilidade – os mecanismos adotados, bem como os incentivos resultantes deles, devem contemplar uma remuneração compatível com os custos da prestação dos serviços hospitalares. Além disso, critérios de reajuste dos serviços deverão ser definidos previamente de forma que mantenham o equilíbrio econômico-financeiro dos serviços prestados, possibilitando a manutenção da qualidade do atendimento e o planejamento de fluxo de caixa das partes envolvidas.

Multiplicidade das Formas de Remuneração – O Brasil é um país de grandes diversidades. Portanto, não há como definir uma única forma de remuneração para os diversos perfis de hospitais existentes no país. Desde as diferenças de porte, geralmente definidas pelo número de leitos, até as diferenças entre hospitais gerais e especializados. Isso implica na indicação de uma sistemática de remuneração que contemple as necessidades dos diferentes processos de prestação de serviços, as diferentes estruturas e os perfis e resultados de cada instituição.

Engajamento dos Médicos – Como principais agentes responsáveis pela definição dos serviços a serem prestados aos pacientes, os médicos (corpo clínico) devem necessariamente estar à frente da padronização das diretrizes clínicas adotadas nas novas sistemáticas de remuneração. Essas diretrizes devem ser baseadas em evidências científicas e amplamente aceitas pelos profissionais.

Ajuste de Risco – As sistemáticas de remuneração devem suportar ajustes de risco que possibilitem um nível de remuneração adequado a complexidade dos diferentes perfis de caso dos pacientes. Ou seja, os custos atrelados a um procedimento realizado em um paciente hígido são diferentes dos custos relacionados a um procedimento realizado em um paciente com diversas comorbidades.

Livre Concorrência – As sistemáticas de remuneração não devem, em hipótese alguma, gerar impedimentos a livre concorrência dos hospitais na prestação de serviços. Devem suportar a diferenciação dos serviços através dos atributos de qualidade de cada instituição, tais como: estrutura, processos, resultados, satisfação dos pacientes, entre outros.

Remuneração por desempenho – As novas sistemáticas devem possibilitar a valorização dos profissionais que possuem desempenho superior. Aqueles que investem em capacitação técnica de suas equipes, modernização da estrutura, certificação e acreditação, ou seja, que buscam resultados superiores, devem ser reconhecidos e remunerados de acordo com seus esforços.

Contratualização – as mudanças necessárias à migração para as novas sistemáticas de remuneração dos Hospitais devem ser formalizadas através da adequação contratual. É fundamental adotar regras claras visando minimizar os conflitos e custos de transação da operacionalização das novas regras de negócios. O estabelecimento de contratos com tais características permitirá o desenvolvimento de um ambiente de confiança e comprometimento nas relações entre as operadoras e os hospitais.

Padronização – Os serviços prestados pelos hospitais devem ter um padrão básico de composição, de forma que permita a comparação dos serviços pelos beneficiários e compradores. Tal padrão, quando possível de ser elaborado, deverá ser constituído sobre as diretrizes clínicas geradas pelas sociedades de especialidades médicas e de acordo com as boas práticas de gestão.

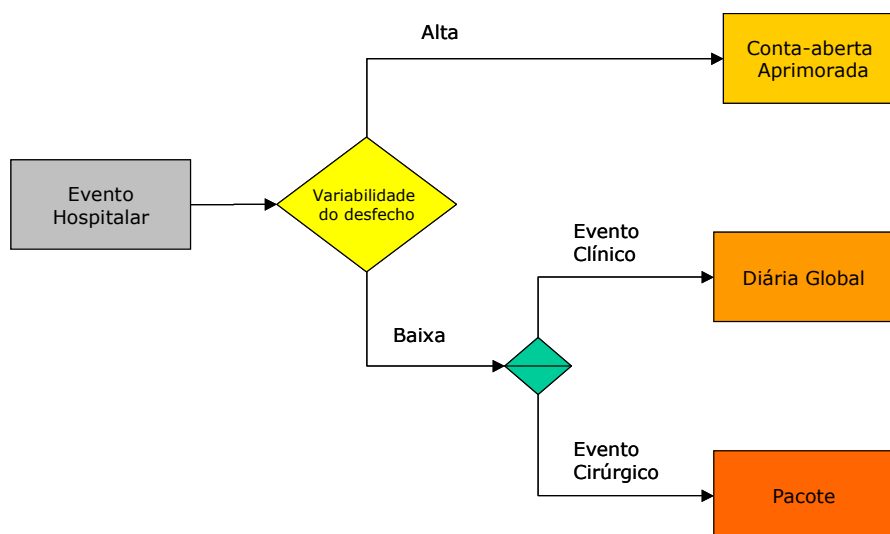
B. Sistemáticas de Remuneração a serem adotadas na Saúde Suplementar:

Como resultado da *Rodada do Rio de Janeiro*, as entidades participantes entendem que um modelo de remuneração de hospitais puramente baseado no modelo de conta-aberta não é condizente com os anseios e objetivos dos agentes envolvidos. Outrossim, não produz os resultados de produção de saúde desejados pelos pacientes e pela sociedade de uma forma geral. Ou seja, não é possível gerar uma situação em que todos ganhem. Ao contrário, o modelo atual gera resultados negativos para todos, principalmente pelo estímulo a obtenção dos melhores resultados individuais para os participantes.

Portanto, formas mais compreensivas de remuneração, baseadas em padrões e com preços fixos dos serviços previamente fixados são mais adequadas para a constituição de um ambiente de produção de saúde, mitigando os incentivos negativos existentes no contexto atual. Tais formas de remuneração são usualmente denominadas de “**pacotes**”.

Contudo, com base nas premissas apresentadas anteriormente, bem como o estágio atual de maturidade do setor, entendemos que a **variabilidade** dos desfechos dos eventos assistenciais constitui um fator essencial que deverá ser analisado na adoção dessas novas sistemáticas de remuneração dos serviços hospitalares.

Desta forma, foi elaborada uma estrutura analítica que deverá ser utilizada na implementação das novas sistemáticas de remuneração:



1. Fee-for-service – Conta Aberta

Para os procedimentos hospitalares que ofereçam dificuldades de padronização dos insumos e serviços, o Grupo de Trabalho definiu pela manutenção do modelo de remuneração “fee-for-service-conta aberta”.

A aplicação dessa orientação estende-se aos procedimentos clínicos e cirúrgicos cuja utilização de insumos e serviços tenha grande variabilidade.

O Grupo de Trabalho também destacou que, embora seja mantida essa metodologia de remuneração, as tabelas de preços deverão ser analisadas visando a definição de um modelo mais compactado em relação à prática atual.

2. Fee-for-service – Preço Fixo para Procedimentos Padronizáveis

Para os procedimentos hospitalares que ofereçam condições de padronização, em razão da baixa variabilidade da utilização dos insumos e serviços, a orientação do Grupo de Trabalho é pela adoção do mecanismo de remuneração denominado “fee-for-service-preço fixo para procedimentos padronizáveis”. Esta possibilidade é aplicável tanto aos procedimentos cirúrgicos, sob a denominação de “pacotes”, como aos procedimentos clínicos para os quais será utilizada a expressão de “diárias globais”

2.1 Procedimentos Cirúrgicos – “Pacotes”

Para a adoção do modelo de remuneração sob a expressão de “procedimentos cirúrgicos-pacotes”, o Grupo de Trabalho definiu como elegíveis os procedimentos padronizáveis com baixa variabilidade na utilização dos insumos e serviços. Em razão, entretanto, de dificuldades na aplicação de um único perfil de preços para os procedimentos, em geral provocados por diferentes perfis de estado clínico do paciente, o Grupo recomenda a segmentação desses procedimentos por faixas de risco e, em decorrência, negociação de preços diferenciados de forma a contemplar o nível de intensidade dos insumos e serviços requeridos para adequação às diferenças no âmbito da assistência médica aos pacientes.

2.2 Procedimentos Clínicos – Diárias Globais

Os procedimentos sob o título de “procedimentos clínicos – diárias globais” consistem das alternativas com eventual variabilidade na permanência do paciente, porém com possibilidade de padronização dos insumos e serviços sob a unidade do paciente-dia. Nestas condições, o Grupo de Trabalho recomenda que seja utilizado o instrumento de diárias globais para os referidos procedimentos clínicos com possibilidade de padronização dos insumos e serviços.

Temas a Serem Tratados nas Próximas Rodadas

A Rodada de São Paulo, segunda etapa das reuniões do Grupo de Trabalho, teve início em 17/05/10, e tem por objetivo definir os seguintes temas relacionados as sistemáticas de remuneração a serem implementadas:

- Amplitude das informações, enviadas às OPS e, por sua vez, à ANS;
- Perfil da auditoria médica;
- Autorizações;
- Incorporação tecnológica;
- Critérios de Reajustes;
- Fundamentação médica na definição de diretrizes clínicas;
- Frequência dos procedimentos;
- Extensão dos insumos sujeito a padronização;
- Políticas de aquisição de materiais;
- Extensão/nível de detalhe de tabelas;
- Evolução dos custos x custo-efetividade; e
- Indicadores de desempenho.

A cada Rodada encerrada, outros documentos serão divulgados para que os agentes envolvidos possam dar continuidade ao processo de implementação das mudanças necessárias.

Conclusão

Em razão da magnitude que as mudanças propostas significam no âmbito das relações entre prestadores e operadoras, o Grupo de Trabalho conclui pela relevância do aprofundamento de discussões pertinentes à perspectiva de sustentabilidade, padrões da prática médica, fluxo das informações e indicadores de desempenho.

Quanto aspecto de sustentabilidade, o Grupo de Trabalho destaca que esta iniciativa deverá promover melhorias efetivas nas relações entre a rede prestadora de serviços hospitalares e as operadoras do segmento de saúde suplementar, ao mesmo tempo que considera relevante a manutenção da livre negociação como um dos pilares para a sustentabilidade dos avanços a serem conquistados pelas partes.

O Grupo de Trabalho também destaca a necessidade de contar com a participação de profissionais especializados na gestão e formulação de padrões e diretrizes clínicas, sem os quais os avanços na construção dos preços sob a denominação de “preços fixos para procedimentos padronizáveis” não teria sustentabilidade técnico-científica adequada à mudança do modelo proposto.

As conclusões do Grupo de Trabalho consideram relevantes discussões visando a adequação das rotinas atualmente utilizadas nas relações entre operadoras de planos de saúde e a rede hospitalar, os quais exigem adaptação compatível com as propostas de mudanças no modelo de remuneração. Entre esses aspectos destacam: perfil da auditoria médica, “mix” de informações a serem fornecidas pelos prestadores de serviços, formulação dos reajustes de preços, procedimentos de autorização, entre outros.

O Grupo concluiu pela importância de aprofundamento da discussão visando o reconhecimento de atributos relacionados ao desempenho, entre os quais, qualidade, segurança e recursos assistenciais como referência para a aplicação gradativa do mecanismo de pagamento baseados nestes atributos.

As entidades representadas no Grupo de Trabalho declaram estar de acordo com os termos do presente documento, comprometendo-se a manter esforços visando a viabilização das mudanças propostas para as sistemáticas de remuneração dos serviços hospitalares propostas.

Rio de Janeiro, de de 2010.

Confederação das Misericórdias do Brasil

CMB

União Nacional Inst. de Autogestão em Saúde

UNIDAS

Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANAHP

Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRAMGE

Federação Brasileira de Hospitais

FBH

Federação Nacional de Saúde Suplementar

FENASAÚDE

Confederação Nacional de Saúde

CNS

UNIMED do Brasil

UNIMED

Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANS

Anexo I – Conceitos sobre Modelos de Remuneração

O CONCEITO DE FORMULAÇÃO DE PREÇOS E OS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Para a gestão dos preços dos serviços hospitalares, as empresas necessitam, entre outras informações, das referências de custos incorridos com a prestação dos serviços.

"Embora uma série de fatores deva ser considerada na determinação do preço de venda, é inegável que a referência de custeio dos serviços representa um parâmetro básico para o cálculo dos preços de tabela de serviços hospitalares" (Matos, 2005).

"Como os recursos financeiros da maioria das instituições de saúde são derivados da venda de serviços hospitalares, é essencial que os gestores estabeleçam preços que gerem receitas suficientes para a cobertura do custeio das operações" (Neumann, 1998).

Tendo como referência o custo unitário dos serviços, aplicação da seguinte fórmula permite a obtenção do preço de venda de um serviço hospitalar:

$$\text{PREÇO DE VENDA} = \frac{\text{CUSTO UNITÁRIO}}{1 - (\text{IMPOSTOS INCIDENTES S/RECEITA} + \text{LUCRO})}$$

A utilização da fórmula não está considerando os diferentes modelos de remuneração, ou seja, pode ser aplicada para o cálculo de uma diária hospitalar, uma consulta, um exame, um medicamento ou um procedimento hospitalar sob as condições de um "pacote".

Ainda sobre o tema de formulação de preços vale ressaltar, entretanto, que se trata de uma tarefa complexa e outras variáveis devem ser analisadas.

"Trata-se uma tarefa mais complexa, ou seja, além da consideração dos custos operacionais, outros fatores inerentes ao setor da saúde, tais como, as medidas restritivas à correção das tabelas de preços, a regulamentação das empresas do setor, o nível de concorrência existente, as condições da escala de produção perante a capacidade instalada, exigem

extrema atenção na decisão de fixação dos preços dos serviços” (Matos, 2005).

A discussão relacionada aos modelos de remuneração compreende uma seqüência das ilustrações descritas com relação ao processo de formulação do preço de venda dos serviços de saúde. Enquanto as orientações para a determinação de preços tem como objetivo a discussão do parâmetro que deva ser estabelecido para a remuneração dos serviços providos pelos fornecedores deste setor, a discussão sobre os mecanismos de pagamento estende-se à definição da unidade de produção utilizada como referência para o financiamento dos provedores de serviços hospitalares.

O aprofundamento da discussão pertinente aos modelos de remuneração tem assumido crescente interesse pelas autoridades, tanto do setor público quanto do setor privado, incluindo, entre outros aspectos, a avaliação das possibilidades de utilização das alternativas frente aos diferentes orientações quanto à política de saúde, fontes de financiamento, níveis de organização, sistema de informações, bem como questões relacionadas aos pré-requisitos necessários à adoção das diferentes modalidades, aos incentivos e correspondente impacto no nível de qualidade de atenção e custeio das operações.

"O modo de pagamento cria poderoso incentivo, afetando o comportamento do provedor e a eficiência, equidade e qualidade dos resultados da reforma financeira do setor de saúde” (Barnum, Kutzin e Saxenian, 1995).

"As fontes de financiamento para o setor de saúde, bem como os mecanismos usados para alocar tais recursos dentro do sistema de saúde afetam diretamente o resultado final” (Pinto e Andersson, 2001).

Os mecanismos de pagamento utilizados como instrumento de alocação de recursos aos provedores de serviços de saúde, em geral está segmentado em duas modalidades básicas:

"Modelo retrospectivo, onde a base de pagamento são os gastos incorridos na prestação de serviços e o modelo prospectivo, em que a base de pagamento é fixa e o valor é estabelecido anteriormente à prestação de serviços” (Ugá e Noronha, 2003).

Sob essa fundamentação conceitual, as seguintes formas tem sido objeto de utilização, tanto no Brasil como em outros países:

- Transferências orçamentárias
- "Fee-for-service"
- "Capitation"

1. Transferências orçamentárias

A modalidade de transferências orçamentárias consiste de um mecanismo em que a fonte de financiamento estabelece um montante fixo de recursos destinado ao suprimento das necessidades do provedor de serviços, para um determinado período. Esta alternativa de financiamento contempla duas formas de transferências – o orçamento que estabelece a especificação dos itens (salários, materiais, equipamentos, manutenção, entre outros) exigindo, portanto, que a utilização dos recursos seja realizada em conformidade com essa definição pré-estabelecida. Ainda nessa modalidade destaca-se a mecanismo do orçamento global, cuja utilização não especifica os itens para os quais os recursos se destinam propiciando, assim, maior flexibilidade na aplicação dos referidos recursos.

2. Fee-for-service

O mecanismo de pagamento sob a denominação de "fee-for-service", significa que o financiamento ao provedor de serviços é realizado com base na prestação de um serviço ou o fornecimento de um produto específico. Esta modalidade pode ser aplicada tanto ao modelo retrospectivo quanto ao modelo prospectivo de pagamentos e pode ser especificado sob diferentes unidades de produção dos serviços hospitalares – unidade de serviço, paciente-dia ou procedimento hospitalar.

2.1. Fee-for-service – unidade de serviço:

Sob esta orientação, os preços são definidos de forma específica para cada um dos insumos utilizados pelo paciente gerando, em decorrência, a descrição analítica de todos os itens da prestação de serviços.

Essa metodologia de remuneração localiza-se dentro da modalidade de pagamento retrospectiva, em razão da ausência de quaisquer ações de negociação prévia relacionada à intensidade dos insumos incorridos com a prestação de serviços.

A experiência com essa metodologia, em geral, compreende a seguinte descrição de itens de uma tabela de preços:

- Diárias hospitalares – diárias de enfermagem, diárias de apartamento, diárias de unidade de terapia intensiva, entre outras.
- Taxas de sala – taxas referentes ao uso de sala cirúrgica ou de recuperação, entre outras
- Taxas de uso de equipamentos – taxas referentes ao uso de equipamentos e aparelhos utilizados pelo pacientes.
- Materiais e medicamentos – valores específicos para cada um dos materiais e medicamentos utilizados pelo paciente.
- Gases medicinais – taxas correspondentes ao consumo de gases, tais como oxigênio, protóxido de azoto, ar comprimido, entre outros
- Serviços de diagnóstico – valores específicos dos exames de laboratório, radiologia, ultrassonografia, banco de sangue, tomografia, etc
- Honorários médicos – valor correspondente aos serviços prestados pelos profissionais médicos.

2.2. Fee-for-service – paciente-dia e procedimento hospitalar

A remuneração dos serviços sob as unidades de paciente-dia e procedimento hospitalar situam-se como instrumentos prospectivos exigindo, para a sua implementação, a fixação prévia das referências de preços, os quais são usualmente denominados de “pacotes”. Trata-se de uma metodologia de determinação de preços mais complexa, quando comparada com a alternativa anterior (remuneração por unidade de serviço), envolvendo maiores riscos ao provedor de serviços e exigindo alguns pré-requisitos para a sua aplicação. Entre essas premissas, destacam-se a necessidade de informações dos custos na forma como os serviços são vendidos – paciente-dia ou procedimento hospitalar – e as referências de utilização dos insumos para cada uma das alternativas de produtos selecionados para uso desta forma de remuneração.

“O “pacote” não necessariamente aplica-se apenas na totalidade do procedimento hospitalar. Em alguns casos, é recomendada a adoção de uma referência de preços sob a unidade de “paciente-dia”. Esta metodologia adapta-se aos casos de terapia intensiva, pacientes clínicos com dificuldade de fixação da permanência, entre outro” (Matos, 2005).

A viabilização desta modalidade de remuneração não pode prescindir do suprimento de duas informações – indicadores de custos providos por sistemas de apropriação de custos por centros de custos e a descrição dos insumos demandados pelos tratamentos (referências médicas quanto à permanência do paciente, duração da cirurgia, exames necessários, utilização de materiais e medicamentos, entre outros). Sob essa orientação fica visível a sinergia das funções gerenciais e técnicas no sentido da operacionalização desse mecanismo de remuneração. Como já destacado, trata-se de um modelo mais especializado de fixação de preços – a participação do profissional médico é inquestionável na definição da alocação dos insumos requeridos pelos tratamentos, na estratégia de implementação do modelo e no balanceamento entre as alternativas que se ajustam à unidade “paciente-dia” ou “procedimento hospitalar”.

“A constituição das referências médicas, embora possam ser utilizadas séries históricas que indicam a experiência do hospital na realização de determinados tratamentos, devem ser revistas com cuidado pelas equipes médicas correspondentes gerando, em decorrência, as referências médicas padrões de consenso, relativas aos procedimentos hospitalares objeto da aplicação da metodologia de remuneração por pacotes. No contexto de fixação das referências de conduta médica, devem ser observadas todas as eventuais circunstâncias de dificuldade de definição de um único referencial médio de utilização de insumos. Em suma, algumas situações exigirão a necessidade de flexibilização na utilização dos recursos podendo, com isto, levar à definição de recursos adicionais sob circunstâncias de intercorrências previsíveis ou à geração de diferentes opções de preços, adaptados às condições do paciente, quanto a idade ou doenças preexistente.” (Matos, 2005).

“Uma condição essencial para a formatação dos preços fixos é a obtenção, por parte dos hospitais, da adesão de seus corpos clínicos ao esforço pela padronização na utilização dos recursos utilizados nos processos assistenciais (materiais, medicamentos, exames), assim como a unificação dos protocolos assistenciais, para que os preços negociados reflitam, efetivamente, as rotinas adotadas nos processos de produção assistencial realizados no hospital” (Bento, 2007).

3. Capitation

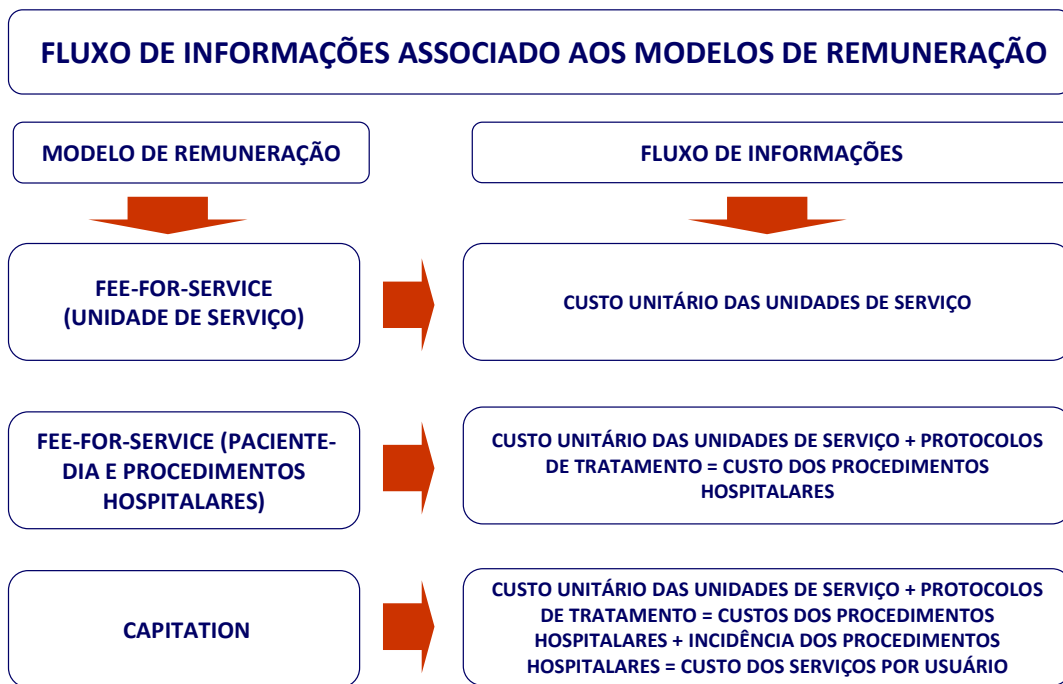
O modelo de remuneração sob o título de "capitation" tem como fundamento a fixação de um valor percapita como parâmetro para o financiamento ao provedor dos serviços.

"Capitation: uma taxa uniforme por pessoa, paga antecipadamente para a provisão de um serviço específico para usuários de um plano de saúde para um período de tempo específico, independente da maior ou menor intensidade de serviços que venham ser utilizados" (Boland, 1996).

Ao adotar esse mecanismo, o provedor de serviços deixa de receber em função da intensidade dos serviços prestados (unidades de serviço, paciente-dia ou procedimento hospitalar), e passa a ser financiado por um preço por usuário de uma população indicada pelo cliente. Representa, portanto, uma metodologia de compartilhamento de risco que, claramente, exige um nível de organização de informações adequado às condições de complexidade pertinentes à essa modalidade de remuneração. São indispensáveis, além do custo dos insumos e das referências de condutas médicas necessárias à formulação dos preços dos procedimentos hospitalares, a projeção do nível de incidência de casos (fundamentada em cálculos atuariais) considerando-se a o perfil e dimensionamento de uma população referenciada.

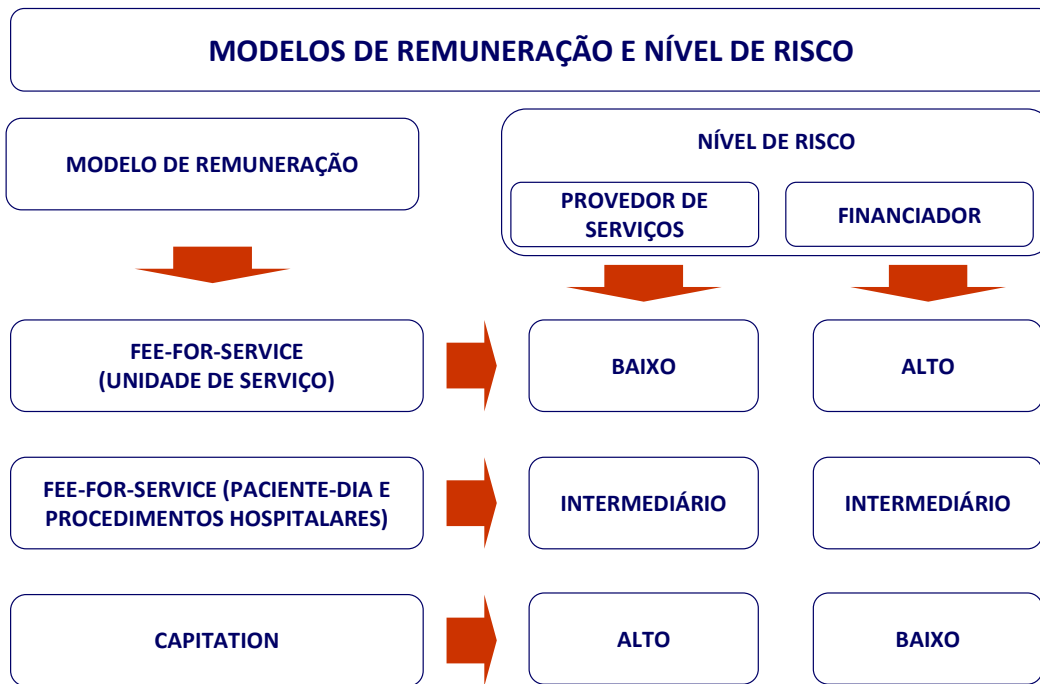
Embora o segmento hospitalar tenha experimentado os diferentes modelos de remuneração, com predominância para a metodologia do "fee-for-service", a demanda por progressos nas relações entre os financiadores e provedores de serviços não poderá prescindir de um acervo de informações gerenciais, compatíveis com as características de complexidade dessas modalidades descritas. Isto significa que um provedor de serviços não pode migrar de um modelo de remuneração retrospectivo, sob a denominação de fee-for-service (unidade de serviço) para a formulação de preços sob a metodologia de paciente-dia ou procedimento hospitalar, sob as mesmas condições de informação gerencial. Da mesma forma, não se pode passar do modelo "fee-for-service" para o "capitation", sem agregar um acervo de informações técnicas e de custeio das operações, compatíveis com a complexidade desta modalidade de financiamento.

"Os sistemas de pagamento mais complexos requerem o uso de sofisticados sistemas contábeis e de informações gerenciais" (Barnum, Kutzin, Saxenian, 1995).



O diagrama acima não deixa dúvidas quanto à demanda de informações compatíveis com as diferentes alternativas de remuneração. O modelo descrito como “fee-for-service” (unidade de serviço), por se tratar de uma forma de pagamento retrospectiva, demanda um nível de informações bastante restrito quando comparado com as demais alternativas mais especializadas e complexas.

Os diferentes mecanismos de remuneração também divergem quanto ao nível de risco para as fontes provedoras e financiadoras dos serviços. Para o provedor de serviços, a modalidade de pagamento retrospectiva (fee-for-service, unidade de serviço) encontra-se localizada numa faixa de baixo risco, enquanto que para o financiador de serviços a modalidade com o menor risco é o outro extremo, ou seja, o modelo de “capitation”.



Os diferentes modelos de remuneração consistem de referências conceituais que exigem uma especializada análise quanto à sua utilização, frente às dificuldades de gestão do segmento da saúde para acolher mecanismos de pagamento que, por mais simples que sejam, não podem prescindir de condições mínimas de organização e padronização dos processos operacionais para assegurar o sucesso desses instrumentos. De outro lado, cada contexto com as suas características sociais, econômicas e institucionais é que definirá a modalidade mais adequada longe, portanto, de dispormos de uma solução abrangente aos divergentes ambientes de organização do setor da saúde.

Ademais, independente das condições de cada contexto, os modelos tem claramente vantagens, desvantagens e incentivos, o que reforça a necessidade de aprofundamento de avaliações especializadas que conduzam a melhor escolha para cada situação em particular, entre as modalidades disponíveis.

"Cada método gera um número de incentivos favoráveis e adversos para os médicos, altos ou baixos custos administrativos para os financiadores (governo), e efeitos favoráveis e adversos para os pacientes. Nós observamos que não existe um sistema ótimo, todos sistemas afetam eficiência, qualidade de atenção, acesso e composição de serviços em diferentes formas" (Chawla, et al., 1997).

Anexo II – Experiências com Modelos de Remuneração

EXPERIÊNCIAS COM MODELOS DE REMUNERAÇÃO NO BRASIL E NO EXTERIOR

O objetivo da presente discussão é fazer um breve relato a respeito das experiências com os modelos de remuneração no Brasil e em alguns países.

Na experiência brasileira tem predominado a modalidade de “fee-for-service”. O financiamento proveniente do SUS (Sistema Único de Saúde) utiliza a forma de pagamento prospectiva, ou seja, remuneração por procedimentos hospitalares, enquanto que as operadoras de planos de saúde, na sua grande maioria, vem utilizando o modelo retrospectivo, através de contas hospitalares que descrevem as unidades de produtos e serviços para cada um dos pacientes atendidos pelos provedores de serviços.

1. SUS Sistema Único de Saúde

A aquisição dos serviços hospitalares pelo SUS é realizada através da liberação de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que credencia o provedor a prestar o serviço autorizado e fazer jus à remuneração pelo atendimento prestado ao paciente. Como referência de remuneração, o SUS dispõe de uma tabela de preços com os indicadores de remuneração para cada tipo de procedimento hospitalar, os quais refletem a dimensão e a complexidade do atendimento.

Embora a tabela do SUS esteja constituída sob essa orientação geral, são contempladas inúmeras possibilidades de adequação, em virtude de eventuais situações de extensão da permanência do paciente, utilização de serviços de diagnóstico e materiais especiais. Esse modelo de remuneração vem sendo utilizado pelo SUS há mais de vinte anos (foi implantado em 1983), tendo na época substituído o modelo de autorização denominado de Guia de Internação Hospitalar (GIH), sob uma orientação de pagamento retrospectivo, que permitia a adequação do valor da remuneração à intensidade com que os insumos eram utilizados pelo paciente – o mesmo procedimento realizado em dois pacientes poderia resultar em preços diferentes, em razão do conteúdo específico de insumos utilizados para cada caso.

O modelo adotado pelo SUS, mesmo que se reconheça como um sistema extremamente consolidado no país e com visível relevância na participação como fonte de financiamento no país (aproximadamente 75% da população vem sendo financiada por essa fonte de financiamento), são reivindicados aprimoramentos quanto à consistência dos indicadores de remuneração e atualização frente aos avanços tecnológicos que freqüentemente alteram a composição dos insumos incorridos com os tratamentos médicos.

"Embora com grande utilidade potencial, o sistema de classificação por procedimentos contém problemas que limitam a possibilidade de seu uso para a gerência, uma vez que:

- *a lista de procedimentos não contempla todas as possibilidades e não consegue adequar-se à necessidade de atualização frente à inovação tecnológica;*
- *problemas sérios são decorrentes da classificação quando esta leva em consideração somente o procedimento realizado, não considerando outras variáveis que diferenciem os pacientes quanto sua gravidade clínica e quanto ao perfil de consumo de recursos;*
- *o sistema de classificação e a lista de procedimentos não sofreram uma revisão substancial desde sua implantação em 1983, tendo havido somente pequenos ajustes na lista de procedimentos;*
- *é um sistema de informações restrito aos hospitais financiados pelo SUS, não abrangendo o universo das hospitalizações" (Zanetta, 2003).*
-

2. Operadoras de Planos de Saúde

No segmento das operadoras de planos de saúde predomina o modelo retrospectivo de pagamento, com a emissão de contas com a descrição de todos os itens utilizados na prestação de serviços a cada paciente ("fee-for-service, unidade de serviço"). Esse mecanismo se assemelha às condições que o SUS adotava no passado (Guia de Internação Hospitalar – GIH). O referido mecanismo é utilizado,

em geral, por todos tipos de empresas que compõem o segmento das operadoras de planos de saúde – medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora e autogestão. Embora predomine a modalidade de remuneração retrospectiva, não significa que não tenha havido experiências com a adoção da remuneração por procedimentos hospitalares e pacientes-dia, que compreende a prefixação de um valor para os tratamentos, independente das condições específicas de utilização dos insumos por parte de cada um dos pacientes.

"Atualmente as diárias globais de internação significam a precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, compreendendo as diárias, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos a gasoterapia, honorários médicos em áreas fechadas e taxas diversas independente da patologia apresentada pelo paciente. Os já conhecidos pacotes, também conhecidos como procedimentos de preços previsíveis representam outra forma diferenciada de remuneração dos serviços também utilizada pelas operadoras de planos de saúde como alternativa de rever valores com ganhos de eficiência" (Silva, 2003).

Entre as experiências internacionais com relação à utilização de modelos de remuneração, a de maior relevância e com repercussões inclusive em outros países, foi realizada pelos Estados Unidos, através da implantação de um modelo prospectivo de pagamento, denominado de DRG Diagnosis Related Groups, traduzido como Grupos de Diagnósticos Homogêneos.

"Diagnosis Related Groups (DRGs) – um sistema de classificação de pacientes de acordo com o tipo de doença. Foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Yale e atualmente contém mais de 500 categorias de doenças ou grupos, mutuamente exclusivos e exaustivos. O sistema prospectivo de pagamento da Medicare é baseado no DRG" (Ernst & Whinney, 1983).

"O sistema de pagamento baseado no DRG está baseado em dois fatores básicos: (1) custos médios e (2) complexidade relativa. Isto é importante para reconhecer que a administração do hospital enfrenta dois desafios: primeiro, para utilizar os recursos do hospital

eficazmente (conter custos) e segundo, para definir a complexidade de cada caso com precisão, pois esta definição influencia diretamente o parâmetro de pagamento” (Morgan e Kappel, 1985).

“Ao desenvolverem o sistema de classificação DRG, os pesquisadores de Yale partiram de um pressuposto básico: apesar de cada paciente ser único, eles guardam, entre si, características sociais, demográficas, nosológicas e terapêuticas semelhantes, possibilitando o seu agrupamento. A construção de grupos, constituídos por pacientes semelhantes, possibilitaria, em tese, a caracterização dos diferentes produtos hospitalares” (Veras, Neto, Noronha, Martins, 1990).

“A classificação em DRG pode ser usada para mensuração do produto hospitalar com finalidades distintas. Desde estudos de qualidade da assistência – uma vez que destaca padrões diferenciados de consumo de recursos e gravidade de casos – úteis para o acompanhamento e padronização de cuidados e procedimentos; até aqueles voltados para a gestão, pois discrimina perfis mais detalhados de demanda e qualifica a apropriação de custos associados ao atendimento” (Zanetta, 2003).

Alguns outros países (Portugal, Austrália e Hungria) aplicam modalidades de pagamento similares aos DRGs praticados nos Estados Unidos, incluindo nessas semelhanças o próprio Brasil.

“Tanto o sistema que instituiu as AIHs no Brasil quanto aquele que implantou os DRGs nos EUA merecem, além da análise detalhada que faremos a seguir, a menção de algumas semelhanças:

- Ambos se prestam a um Sistema de Pagamentos Prospectivos de prestadores de serviços hospitalares;*
- No Brasil as AIHs foram implantadas em 1983, nos EUA, os DRGs foram em 1982;*

- *Ambos substituíram formas de pagamento por reembolso de serviços prestados;*
- *Ambos são utilizados em sistemas públicos de reembolso. No Brasil o SUS e nos EUA, o MEDICARE e o MEDICAID;*
- *AIHs e DRGs são classificações baseadas em diagnósticos e procedimentos combinados para a organização das respectivas tabelas de remuneração (Fetter et al., 1985; Braga Neto et al., 1990, Sanderson & Mountney, 1997)*