

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE  
NÍVEL MESTRADO

**FABIANA PASTRO TALEVI**

**MODELO DE PAGAMENTO POR PERFORMANCE NA REMUNERAÇÃO MÉDICA  
EM UMA COOPERATIVA DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**

CASCAVEL-PR

JUNHO/2018

**FABIANA PASTRO TALEVI**

**MODELO DE PAGAMENTO POR PERFORMANCE NA REMUNERAÇÃO MÉDICA  
EM UMA COOPERATIVA DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde, Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Práticas e Políticas de Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Tereza Bittencourt Guimarães

CASCAVEL-PR

JUNHO/2018



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65  
Rua Universitária, 2055 - Jardim Universitário - Ca. P. 000711 - CEP 85819-110  
Fone: (45) 3220-3000 - Fax: (45) 3324-4500 - Cascavel - Paraná



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

## FABIANA PASTRO TALEVI

Modelo de pagamento por performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Ana Tereza Bittencourt Guimarães

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Tania Zaleski

Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)

Cascavel, 8 de abril de 2018

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Talevi, Fabiana Pastro  
Modelo de Pagamento por Performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde no Sul do Brasil / Fabiana Pastro Talevi; orientador(a), Ana Tereza Bittencourt Guimarães, 2018.  
78 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2018.

1. P4P. 2. Desempenho. 3. Remuneração médica. 4. Qualidade de serviços médicos. I. Bittencourt Guimarães, Ana Tereza. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar por ter colocado pessoas tão especiais que apoiaram a minha jornada. Aos meus pais que me apoiaram incondicionalmente, às vezes sem entender o que eu estava desenvolvendo, me dando forças e me incentivando nos momentos de desânimo.

À minha querida filha Maria, que sempre compreensiva, entendia muitas vezes que não podíamos fazer os “programas de mãe e filha” que gostaríamos, pois precisava ficar no computador.

À minha linda irmã Joziana, que compactuou o mestrado comigo, sempre compartilhando angústias e conquistas, e que com palavras de carinho me incentivou e me ajudou nos momentos de dificuldades.

À empresa que trabalho, aos meus colegas que torceram por mim e principalmente à minha querida chefe Cris, que me apoiou e incentivou em todos os momentos.

À minha querida orientadora Ana, que com palavras de serenidade me acalentou e acolheu, para que juntas desenvolvêssemos esse trabalho, sempre amiga e confidente.

Foram dois anos de muito aprendizado e isso não tem preço... Obrigada, Deus!

PASTRO, F. **Modelo de Pagamento por Performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil**. 2018. 73 f. Dissertação (Mestrado Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, 2018.

## RESUMO

Pela complexidade da saúde vivenciada no cenário mundial faz-se necessária a reorganização e a implantação de novos modelos de saúde voltados a uma melhor utilização dos recursos financeiros, atrelando assim qualidade à prestação de serviços. Diante da problemática do crescente custo do sistema de saúde decorrente especialmente do aumento da realização de procedimentos muitas vezes desnecessários, do aumento da complexidade das tecnologias, da insatisfação médica em razão da baixa remuneração e da restrição de acesso à assistência e à saúde, tornam-se necessárias mudanças e o aperfeiçoamento dos modelos de remuneração aos prestadores (BESSA, 2011). O Pagamento por Performance (P4P) é um modelo de remuneração médica que tem por objetivo recompensar os prestadores pela adequação de atendimento ao paciente e pela alta qualidade prestada pelos sistemas de saúde suplementares. O objetivo do estudo foi avaliar hipoteticamente a viabilidade de implantação do P4P frente aos custos de uma cooperativa de trabalho do sul do Brasil nos anos de 2015 e 2016, verificando se tal implantação diminuiria os custos. A hipótese discorre sobre a viabilidade de adequar custo e qualidade de atendimento em função da implantação do modelo de pagamento aos prestadores. Esta pesquisa possui enfoque quantitativo e retrospectivo, sendo utilizadas informações dos anos de 2015 e 2016. Foram coletadas variáveis de caracterização das atividades de 10 especialidades médicas (indicadores), bem como o custo efetivado para as mesmas. Foi realizado e calculado o índice de performance para cada especialidade escolhida, utilizando-se os indicadores dos domínios de efetividade e eficiência do modelo P4P. A partir da obtenção deste índice, foi calculado o custo hipotético a ser pago aos prestadores de cada especialidade, o qual foi comparado ao custo real efetivado aos mesmos. Para tal comparação foi aplicado o teste ANOVA para medidas repetidas, seguido do teste LSD-Fisher ( $p=0,05$ ). Neste estudo foi verificado que houve uma elevação do custo efetivado ao longo dos dois anos avaliados, ocorrendo tal fato em função do aumento do número de clientes, da utilização de novas tecnologias, e também pelo incremento decorrente da inflação. Caso o P4P fosse implantado, verificou-se uma economia dos custos em aproximadamente 6% no ano de 2015, e 9% em 2016.

**Palavras-chave:** P4P, desempenho, remuneração médica, qualidade de serviços médicos.

PASTRO, F. **Model of Payment for Performance in the medical remuneration in a health cooperative in the south of Brazil**. 2018. 73 f. Dissertation (Master's Biosciences and Health) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, 2018.

## GENERAL ABSTRACT

Due to the complexity of health experienced in the world scenario, it is necessary to reorganize and implement new health models aimed at better utilization of financial resources, thus linking quality to the provision of services. faced with the problem of the growing cost of the health system, due in particular to the increase in the implementation of often unnecessary procedures, the increase in the complexity of technologies, medical dissatisfaction due to low remuneration and restriction of access to health care, due to the low salary, changes and the improvement of the remuneration models to the providers are necessary (BESSA, 2011). Performance Payment (P4P) is a pay model that aims to reward providers for the adequacy of patient care and the high quality provided by the supplementary health systems. The objective of the study was to hypothetically evaluate the viability of P4P implantation versus the costs of a labor cooperative in the south of Paraná in the years of 2015 and 2016, verifying if such implementation would reduce costs. The hypothesis discusses the feasibility of adjusting cost and quality of service due to the implementation of the payment model to providers. This research has a quantitative and retrospective approach, using information from the years 2015 and 2016. Variables characterizing the activities of 10 medical specialties (indicators) were collected, as well as the cost effective for them. The performance index for each specialty chosen was calculated using the indicators of the effectiveness and efficiency domains of the P4P model. After obtaining this index, the hypothetical cost to be paid to the providers of each specialty was calculated, which was compared to the actual cost effected to them. For this comparison the repeated measures ANOVA test was applied, followed by the Fisher's LCD test ( $p=0.05$ ). In this study it was verified that there was an increase in the cost effected over the two years evaluated, occurring due to the increase in the number of clients, the use of new technologies, and also the increase due to inflation. If P4P were implemented, cost savings were estimated at approximately 6% in 2015 and 9% in 2016.

**Key words:** P4P, performance, medical remuneration, quality of medical services.

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	viii
LISTA DE TABELAS .....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
INTRODUÇÃO GERAL .....	12
OBJETIVOS .....	14
2.1 Objetivo geral .....	14
2. 2 Objetivos específicos.....	14
REVISÃO GERAL DE LITERATURA .....	15
3 .1 Breve histórico da assistência à saúde .....	15
3. 2 A assistência à saúde no setor privado.....	17
3.2.1 Custos na saúde suplementar.....	20
3.3 Avaliação econômica na saúde.....	22
3.4 Formas de pagamento nas cooperativas de saúde.....	23
3.4.1 Modelos Simples de Remuneração.....	24
3.4.1.1 <i>Fee for Service</i> (FSS) ou Pagamento por Procedimento.....	24
3.4.1.2 <i>Capitação</i> ou <i>Capitation</i> .....	25
3.4.1.3 Salário .....	25
3.4.2 Pagamentos complexos .....	26
3.4.2.1 Pacotes.....	26
3.4.2.2 Grupos de Diagnósticos Relacionados - DRG ( <i>Diagnostic Related Groups</i> ) .....	26
3.4.2.3 Pagamentos Baseados em Episódios.....	27

3.4.2.4 Pagamento por Performance (P4P) .....	27
REFERÊNCIAS .....	35
ARTIGO.....	45
ANEXOS .....	67
Anexo A: Instrumento de coleta de dados.....	67
Anexo B: Autorização do campo de pesquisa com seres humanos.....	71
Anexo C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa.....	72
Anexo D: Instruções aos Autores .....	75

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Médias e Intervalos de Confiança (IC95%) de recurso pago por guia de consulta nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada .....	56
Figura 2 - Médias e Intervalos de Confiança (IC 95%) de recurso pago por guia de internamento nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada .....	58
Figura 3 - Médias e Intervalos de Confiança (IC 95%) de recurso pago por guia de exame nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada .....	61
Figura 4 - Índices de Performance das especialidades em comparação ao escore ideal (100%).....	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Geral da Cooperativa. Frequências absolutas (n) e percentuais (%) nos anos de 2015 e 2016.....	54
Tabela 2 - Avaliação de consultas. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médias nos anos de 2015 e 2016 .....	55
Tabela 3 - Avaliação de internações. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.....	57
Tabela 4 - Avaliação de exames. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

AMB .....	Associação Médica Brasileira
ANVISA .....	Agência de Vigilância Sanitária
ANS .....	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS .....	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBHPM .....	Classificação Brasileira Hierarquizada dos Procedimentos Médicos
CIDs .....	Códigos Internacionais da Doença
DESAS .....	Departamento de Saúde Suplementar
DRG .....	Grupos de Diagnósticos Relacionados ( <i>Diagnostic Related Groups</i> )
FFS .....	Pagamento por Procedimento ou <i>Fee for Service</i>
GPS.....	Gestão da Performance em Saúde
IDSS.....	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
OCDE.....	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
OPME.....	Órtese, Prótese e Material Especial
OPS.....	Operadora de Plano de Saúde
PES .....	Projeto Economia em Saúde
PMAQ-AB....	Programa Nacional de Acesso à Qualidade da Atenção Básica na Atenção Básica
PMN .....	Pagamento por Resultados ( <i>Performance Measurement e Management</i> )
P4P .....	Pagamento por Performance ou <i>Pay for Performance</i>
QUALISS.....	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

SUS..... Sistema Único de Saúde

SNS..... Sistema Nacional de Saúde

TISS ..... Troca de Informações da Saúde Suplementar

## INTRODUÇÃO GERAL

A saúde vem atravessando problemas em decorrência de várias questões, tanto na esfera pública como na privada. No que tange à saúde suplementar, os problemas estão relacionados ao aumento de consultas, exames e internamentos, principalmente os de maior complexidade. Ao mesmo tempo, os reajustes dos planos médicos subiram em patamares acima da inflação geral, e a população tornou-se mais consciente e exigente dos seus direitos. Há ainda que se considerar o envelhecimento populacional e a predominância de doenças crônico-degenerativas que requerem acompanhamento contínuo. Este descompasso gera conflitos que são agravados pelos modelos atuais de remuneração aos prestadores de serviços, modelo este que estimula o gasto exagerado com exame e procedimentos que não contribuem necessariamente para o melhor desfecho clínico (VARELLA; CESCHIN, 2015).

Atualmente os profissionais de saúde são remunerados através de várias modalidades, como salário, pacotes de serviços, procedimentos e mais recentemente por qualidade de desempenho. Estas diversas formas de pagamentos incentivam condutas diferentes do mesmo profissional na atenção de pacientes que sofrem do mesmo problema de saúde (VIEIRA, 2015).

Este estudo teve como objetivo principal abordar a análise dos custos frente à implantação do Pagamento por Performance na cooperativa com o propósito de melhorar os sistemas de saúde e adequar a utilização eficiente dos gastos, ajustando assim a utilização de melhores práticas e progressos na qualidade da assistência.

O Pagamento por Performance, também chamado de Pagamento por Desempenho, ou P4P, é um modelo de remuneração médica que tem por objetivo recompensar os prestadores pela qualidade e adequação de atendimento ao paciente, e não pelo volume ou complexidade de serviços. Diante desta ótica, o P4P é uma importante ferramenta para relacionar pagamentos financeiros à melhoria da qualidade prestada (ABICALAFFE, 2015). Para Medici, Abicalaffe e Tavares (2015), o P4P é parte de uma cadeia de desempenho que tem por objetivo melhorar os resultados e a qualidade dos processos que envolvem a relação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde.

Este modelo de remuneração médica tem apresentado resultados satisfatórios, porém sua divulgação técnico-científica ainda é limitada (BARRETO, 2014). Diante

deste cenário de pouca investigação científica sobre o tema, este trabalho apresentará uma breve revisão do histórico da Saúde Suplementar no Brasil, abordando e posicionando o cenário da remuneração médica, bem como os mais importantes modelos de remuneração médica existentes.

A importância deste estudo está relacionada à necessidade de se ampliar o conhecimento sobre o efeito da implantação do modelo P4P em cooperativas de saúde. O maior desafio desta análise está diretamente relacionado ao cenário atual de saúde, uma vez que a assistência está centrada nos serviços, ao invés da qualidade de atendimento ao paciente. Atualmente os prestadores de serviços de saúde trabalham visando recompensas por volume e complexidade de serviços, o que contribui para o desperdício e aumento dos custos.

O tema relativo à qualidade em saúde está cada vez mais em discussão, sendo necessário o uso adequado dos recursos econômicos disponíveis para evitar desperdícios, além de manter os sistemas de saúde sustentáveis. Por meio da diminuição dos custos, os prestadores podem se voltar mais aos programas de prevenção à saúde, demonstrando a importância social de repensar e reformar a saúde. Mudar o cenário de pagamento dos prestadores da saúde suplementar é necessário, porém é ainda mais importante ter-se consciência e conhecimento de que o paradigma atual precisa ser mudado, projetando, desta forma, bases métricas para medir e utilizar incentivos para recompensar os profissionais pelo seu desempenho (ABICALAFFE, 2015).

Considerando os fatos expostos acima, levanta-se a questão: a implantação de um modelo de Pagamento por Performance em uma cooperativa de um município do sul do Brasil poderia diminuir os custos?

Este estudo pretende demonstrar que a implantação deste modelo pode promover a diminuição de custo da cooperativa por meio da redução da remuneração médica, favorecendo o destino da receita para adequar a qualidade de atendimento ao paciente. A presente análise pretende contribuir nos campos de pesquisa, econômico e financeiro, articulando-se com as especialidades médicas, com os gestores de saúde e outros profissionais de saúde para que o indivíduo que procura assistência médica seja tratado com eficácia e efetividade. Trata-se de um tema de grande relevância econômica que vislumbra alterar a prática assistencial, tendo, portanto, um caráter socioeconômico.

## OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral:

- Comparar a remuneração médica realizada pelos modelos de pagamento *Fee for Service* e “Pagamento por Performance” (P4P) em uma cooperativa de saúde do sul do Brasil.

### 2.2 Objetivos específicos

- Verificar a remuneração médica realizada pelo modelo de pagamento *Fee for Service* em uma cooperativa de saúde do sul do Brasil nos anos de 2015 e 2016;
- Avaliar os índices de performance gerados pelo modelo de P4P em uma cooperativa de saúde do sul do Brasil, nos anos de 2015 e 2016;
- Definir a remuneração médica hipotética para as especialidades da cooperativa em caso de implantação do modelo P4P;
- Comparar as remunerações médicas realizadas no ano de 2015 e 2016 pelo modelo *Fee for Service* em relação à remuneração hipotética definida pelo modelo P4P.

## REVISÃO GERAL DE LITERATURA

### 3.1 Breve histórico da Assistência à Saúde Suplementar

O início da organização da assistência à saúde no Brasil ocorreu entre os anos de 1897 e 1930. Neste período os assuntos relacionados à saúde eram tratados pelo Ministério da Justiça e de Negócios Interiores, sendo que o Estado acentuou sua intervenção no setor, assumindo obrigações financeiras. A Previdência Social surgiu em 1923, com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves, o qual criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram então organizadas pelas empresas. Estas empresas ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões aos trabalhadores, sendo este o modelo inicial da assistência médica, ou seja, não universal e baseada em vínculos trabalhistas (PAULUS Jr.; CORDONI Jr., 2006).

Até a década de 1930 a assistência à saúde fornecida pelo Estado estava limitada às ações de saneamento e combate a endemias. Em 1933 surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões que abrangiam grandes grupos de trabalhadores e tinham somente os benefícios de assistência à saúde àqueles que contribuíam com a previdência (PAULUS Jr.; CORDONI Jr., 2006 e OLIVEIRA; KORNIS, 2017).

A partir da década de 1950, com a urbanização e o desenvolvimento industrial, a assistência à saúde foi direcionada aos trabalhadores. Tal organização ocorreu por meio de financiamentos governamentais que fortaleceram o setor privado na prestação de serviços de saúde. Profissionais e prestadores de serviço identificaram a possibilidade de oferecer acesso à saúde para uma parcela da população que possuía vínculo formal nas indústrias. Até a década de 1970 estes serviços eram voltados aos trabalhadores inseridos no mercado formal, iniciando, contudo, a expansão para toda a população (ALBUQUERQUE et al., 2008). Porém, a expansão deste mercado de planos privados ocorreu em um contexto de baixa regulação, situação que perdurou até o final da década de 1990 (OLIVEIRA; KORNIS, 2017).

Somente em 1988, com o advento da Constituição Federal, a saúde passou a ser considerada como um direito universal, sendo que as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) só foram sedimentadas com a Lei n. 8.080/90 (PAULUS Jr.; CORDONI Jr., 2006). Apesar da saúde já ter sido estabelecida como um direito

universal ao cidadão, em 1998 ocorreu a criação do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), no Ministério da Saúde, sendo o primeiro passo para a regulação do mercado de planos privados de saúde. Em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Para tanto, é necessária a compreensão sobre a diferença entre sistema de saúde e sistema de serviço de saúde. Os sistemas de saúde são um conjunto de diversos componentes inter-relacionados, sejam eles setoriais ou intersetoriais, e que produzem efeito sobre a população. Já os sistemas de serviços de saúde são combinações de recursos, organizações, financiamentos e gerências que visam oferecer serviços de saúde à população (BISPO Jr.; MESSIAS, 2005).

O sistema brasileiro atual de assistência à saúde é composto pelo SUS, pelos sistemas privados de seguros e pelos planos de saúde (PINTO; SORANZ, 2004). Os setores empresariais logo notaram este nicho de mercado e criaram um grande sistema de saúde privado no país. Este sistema privado estruturou-se a partir da compra direta de serviços, havendo a organização de seguros de saúde e de planos voluntários nos quais o cidadão procura o serviço de sua preferência e desembolsa diretamente o valor determinado pelo prestador. Este tipo de comercialização foi a que mais cresceu nos últimos anos, atingindo segmentos da classe média e pessoas menos abastadas (BISPO Jr.; MESSIAS, 2005), caracterizando assim o ramo da saúde suplementar.

A saúde suplementar pode então ser definida como todo atendimento privado de saúde realizado, ou não, por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão inseridos no cenário da saúde suplementar: o governo, representado pelo Ministério da Saúde; a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA); bem como as operadoras de planos privados, seguradoras e prestadores de serviços de saúde. O sistema suplementar é composto pelos serviços prestados por seguradoras, empresas de medicina e odontologia de grupo, cooperativas (especializadas em planos médico-hospitalares e/ou odontológicos), entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras (OLIVEIRA; KORNIS, 2017).

No presente estudo, abordaremos especificamente o sistema de cooperativas de saúde definido por Duarte (2001, p. 1000 - 1001):

As cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados de cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital de cotas. As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas de médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em seus consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidos de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso.

### 3.2 A assistência à saúde no setor privado

O setor privado de saúde foi estabelecido para se organizar de forma complementar ao público, por isso é chamado de saúde suplementar. Atua no Brasil desde 1940 e tem estado em plena expansão desde o final da década de 1990 (MALTA, et al., 2017).

A saúde suplementar é um sistema que envolve os prestadores de serviços de saúde, tais como: hospitais, laboratórios, clínicas, centros diagnósticos, profissionais de saúde, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, indústria farmacêutica e de equipamentos de saúde, operadoras e agências governamentais reguladoras (como a ANVISA e a ANS) (DUARTE et al., 2017).

Para Duarte et al. (2017) o número de beneficiários que tinham planos de saúde no Brasil em 2014 era de 50,8 milhões, com um crescimento de 13,1% entre os anos de 2010 e 2014. Após 2014 houve uma queda do número de beneficiários, sendo que, atualmente, a taxa da população brasileira que é coberta por planos de saúde privado é de 24,5%, ou seja, 47,6 milhões de beneficiários (ANS, 2017a).

Em 2015, cerca de 40% do financiamento à saúde brasileira era público, enquanto 60% era privado. A maior parte do financiamento era destinada apenas a 23% da população, as quais tinham cobertura de planos de saúde privados. Os 77% restantes detinham acesso somente ao sistema público, causando desigualdades sociais e ineficiência no sistema de saúde brasileiro (PEDROSO; MALIK, 2015).

Conforme Pinto e Soranz (2004) a regulação do mercado de saúde suplementar possui como marco legal a Lei nº 9.656/1998. Os seus objetivos regulatórios podem ser resumidos como: garantia de cobertura assistencial da população regida por planos de saúde, definição e controle das condições de ingresso, operação e saída das operadoras que atuam no setor, estabelecimentos de

mecanismos de controle de preços abusivos das mensalidades, e garantia de integração do setor de saúde suplementar com o SUS.

Na atualidade, o setor da saúde é considerado como o de maior complexidade de gestão, sendo vários os seus determinantes, tais como:

- estado de saúde, partindo de uma perspectiva saudável até a perspectiva da doença;
- relevância econômica, considerando o setor da saúde como um dos principais setores da economia e condicionando este como um setor intensivo do conhecimento (PEDROSO; MALIK, 2015).

Cada vez mais instituições de saúde buscam a excelência em uma tentativa de vencer as dificuldades geradas pela complexidade da gestão. Este movimento tem acontecido devido à pressão de clientes, à competitividade entre as organizações, e também pela tradução de que a complexidade da assistência à saúde não se restringe apenas ao atendimento médico, mas a um complexo sistema de saúde que envolve questões administrativas, jurídicas, políticas e de conhecimentos em saúde (PACHECO, 2016). Braga, Almeida e Campos (2014) atribuem a complexidade do setor da saúde ao aumento das doenças crônicas, fazendo uma abordagem relacionada ao aumento de custos. O sistema de saúde brasileiro está fortemente baseado em uma prática curativa, o que leva a um alto grau de complexidade nos procedimentos, a altos custos e à má qualidade de atendimento das reais necessidades dos indivíduos (KOBUS et al., 2006).

Para minimizar a falta de qualidade dos serviços e conseqüentemente qualificar os prestadores de saúde, desde 2005 a ANS vem adotando uma política de qualificação da saúde suplementar, buscando incentivar as operadoras a atuarem como gestoras, os prestadores a atuarem como produtores de saúde e os beneficiários a tornarem-se usuários dos sistemas de saúde com consciência sanitária. Além disso, busca ainda aprimorar a capacitação da regulação da ANS (OLIVEIRA; KORNIS, 2017).

A ANS instituiu na Resolução Normativa da ANS nº 405, de 2016, o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar (QUALISS), que consiste em uma proposta que vem ao encontro dos modelos atuais de remuneração médica, mais especificamente o Pagamento por Performance. O QUALISS visa qualificar os prestadores de serviços de saúde e aumentar a disponibilidade de

informações. Possui em sua composição o objetivo de avaliação dos domínios de estrutura, segurança, efetividade e centralidade no paciente (ANS, 2017b).

Segundo Lozer (2013), o QUALISS tem, de maneira mais específica, o escopo de divulgar para a sociedade os atributos que qualificam os prestadores de serviços, buscando aprimorar a capacidade de escolha dos beneficiários. A partir da avaliação da rede de prestadores, o programa QUALISS realiza a valorização das operadoras de saúde. O QUALISS atua com a mesma metodologia do modelo de Pagamento por Performance, utilizando 4 domínios que podem ser chamados de: atenção à saúde, econômico-financeiro, estrutura, e satisfação dos beneficiários. Destes domínios, cada um possui indicadores específicos, sendo que a atenção à saúde tem um peso de 40% na avaliação, e os demais de 20%. Todos os indicadores são somados de acordo com os respectivos pesos para formar o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

No entanto, diante do exposto, tanto o sistema único brasileiro, como a saúde suplementar estão em busca da qualidade dos serviços prestados, seja pela exigência da população, ou pela melhoria efetiva do cuidado e da utilização adequada dos recursos financeiros. Há expectativas de que se desenvolvam modelos capazes de avaliar o desempenho dos médicos e os resultados da atenção à saúde. Em relação às operadoras, avaliou-se que de fato é viável a implantação de um modelo como o P4P, porém de forma gradual. Para tanto, é necessário (BESSA, 2011, p. 93 - 94):

[...] o aprofundamento e a continuidade do debate público acerca dos modelos de remuneração existentes e das limitações do *Fee for Service*; a divulgação, por parte do grupo técnico de honorários médicos formado pela ANS, de critérios e parâmetros que possam nortear as operadoras interessadas em implantar o modelo; o desenvolvimento de um sistema de ajuste de risco, de acordo com a complexidade dos casos e especialidades, evitando que os médicos deixem de atender certos pacientes graves com receio de diminuição da sua remuneração; a regulamentação e fiscalização da relação entre indústrias farmacêuticas e de materiais e equipamentos, a classe médica e as operadoras; a aquisição e contratação, por parte das operadoras, de sistemas de tecnologia de informações e profissionais capacitados para geri-los adequadamente, sem ameaçar o sigilo médico.

A qualidade em saúde está diretamente relacionada à adoção de melhores práticas. Para que estas sejam adotadas, a ANS possui a responsabilidade de regular a relação entre a operadora e os prestadores de serviços. Atualmente a saúde está baseada no resgate da relação profissional-paciente e em tecnologias leves e multiprofissionais, sendo assim necessário mudar o formato de remuneração de

médicos e equipes, o qual tem atualmente como base o pagamento por procedimentos, para um pagamento que preconize o desempenho (SAVASSI, 2012). Há evidências que indicam que o P4P, quando implementado a sistemas de saúde suplementar, causa um aumento da eficiência com tendência de valorização da qualidade e da segurança médica (NOVELO et al., 2011).

A remuneração médica na Saúde Suplementar sempre foi objeto de estudo pela sua complexidade, aumento dos custos e pela insatisfação constante da categoria médica. As operadoras de saúde reajustam seus preços para fazer frente ao aumento de custos, às empresas e aos beneficiários, entretanto os médicos prestadores permanecem insatisfeitos com seus honorários (BESSA, 2011).

### 3.2.1. Custos na saúde suplementar

Na medida em que aumenta a complexidade da assistência à saúde, somam-se os custos, porém isso não se traduz necessariamente em aumento da qualidade. Tanto no setor privado, quanto no público, há uma íntima ligação entre qualidade e custos. As necessidades de cuidados, melhoria da qualidade e gastos em saúde tendem a aumentar gradativamente em função da maior conscientização por parte dos indivíduos, da maior disponibilidade de recursos tecnológicos, do aumento da renda e da elevação da expectativa de vida (PEDROSO; MALIK 2015).

Pesquisas no campo de qualidade de vida têm levado pesquisadores a se interessarem nos impactos trazidos pelas tecnologias, as quais podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura (Merhy, 2005). As tecnologias leves podem ser conceituadas como relações; as leve-duras estão relacionadas aos saberes estruturados (tais como as teorias); e as duras são tidas como os recursos materiais. As tecnologias duras têm possibilitado diagnósticos precoces e tratamentos mais efetivos para as doenças, contudo com elevação dos custos.

Atualmente observa-se o aumento de custos em Operadoras de Planos de Saúde (OPS), sendo que uma questão primordial que gera tal fato é o assédio financeiro por parte dos fabricantes, fornecedores de produtos e materiais biomédicos e farmacêuticos, os quais oferecem ganhos econômicos em troca da utilização de marcas específicas. Tanto a ANS, quanto os conselhos de classe informam que cabe ao médico apenas a indicação quanto à característica técnica dos materiais (BRASIL, 2017). Na tentativa de solucionar ou gerenciar as questões relacionadas à

incorporação de novas tecnologias, que nem sempre são extremamente primordiais, a ANS incorporou resoluções de compartilhamento<sup>1</sup> de riscos entre as operadoras de saúde e os prestadores ou fornecedores (ANS, 2017c).

Silva, Silva e Pereira (2016) mencionaram que o sistema de saúde necessita de reflexão visando à melhoria do desempenho de assistência. Os custos em saúde vêm crescendo desordenadamente, colocando as fontes pagadoras públicas e privadas em situação delicada. Torna-se necessária a aquisição de conhecimentos gerenciais que auxiliem na restrição de custos, bem como a alocação eficaz de recursos para manter o equilíbrio financeiro. Além disso, na tentativa de minimizar este problema, operadoras de saúde têm investido em programas de gerenciamento de doenças crônicas e de prevenção. Estes programas têm a finalidade de identificar indivíduos portadores de doenças crônicas, atuando na prevenção de seus agravos.

Além da avaliação de custos gerados pela implantação de novas tecnologias, a identificação de pacientes com doenças crônicas também é importante para a análise do gerenciamento de custos hospitalares. O envelhecimento populacional vem se destacando dentre as variáveis que promovem a elevação dos custos hospitalares, em especial com o aumento de diárias de internações decorrentes do tratamento de doenças crônicas relacionadas às neoplasias e aos problemas cardiovasculares (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2017).

RAY (2001) preconiza que qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20 e 30% de seus custos desnecessários, sendo que seus recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar os resultados de assistência ao paciente. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que de cada 100 pacientes internados em hospitais nos países desenvolvidos, 15 adquirem infecções evitáveis. Quando o assunto é eficiência, os números são mais preocupantes, sendo que 50% dos procedimentos realizados não seriam necessários (ABICALAFFE, 2015).

---

<sup>1</sup>Compartilhamento de risco é um método não tradicional de atribuição de valor em uma transação. Com os contratos de partilha de risco, os resultados clínicos ou econômicos são medidos e acordados antes da assinatura do contrato e o pagamento é dependente de cumprir medidas acordadas.

### 3.3 Avaliação econômica na saúde

Devido ao crescente aumento dos custos da esfera privada e pública, nas quais várias tecnologias são incorporadas de forma cumulativa, tornou-se necessária uma legislação para regular tal incremento, sendo esta a Lei nº 12.401, publicada em 12 de abril de 2011. Esta Lei estabeleceu estudos de avaliação econômica para a tomada de decisão sobre a incorporação de novas tecnologias no SUS, bem como no sistema privado (BRASIL, 2014). As avaliações em saúde são ferramentas que auxiliam na tomada de decisão na área da saúde, possuindo técnicas analíticas que servem para avaliar os custos e as consequências do uso das novas tecnologias em saúde, e para auxiliar na priorização de intervenções e na alocação de recursos (SANCHO; DAIN, 2012). Os estudos em avaliação econômica abordam a síntese da informação como metanálise e revisão sistemática, com o envolvimento das especialidades em epidemiologia, economia, estatística, pesquisa clínica e administração (BRASIL, 2014).

Os estudos de avaliação em saúde realizados por Donabedian, nos anos 80, abordavam uma série de atributos relacionados aos efetivos do cuidado médico, tais como a disponibilidade e a distribuição de recursos, preocupando-se com a acessibilidade e a equidade; percepção dos usuários sobre a assistência recebida, focando na aceitabilidade; relação dos custos, tendo como foco a eficiência; e por fim, a eficácia, a efetividade e o impacto de tais efetivos. Até meados dos anos 90 a avaliação econômica tinha cunho totalmente econômico. A partir deste período passou a ser enquadrada no enfoque da investigação empírica baseada na avaliação das habilidades e na perspectiva de um contexto social (SANCHO; DAIN, 2012).

A avaliação econômica na área de saúde permite definir critérios para decidir como utilizar e aperfeiçoar a alocação de recursos e dos serviços. As intervenções podem ser classificadas como simples, que visam resolver problemas convergentes, e complicadas, que analisam sistematicamente a eficácia dos programas. Logo, o objetivo da avaliação econômica é medir a eficiência das intervenções sobre o sistema em análise (BROUSSELLE et al., 2011).

As principais técnicas de avaliação econômica são de Custo Benefício, Custo Efetividade e Custo Utilidade. A escolha do tipo de avaliação econômica depende da natureza dos efeitos das intervenções sobre um sistema de saúde. Estas três técnicas

de avaliação econômica têm uma relação maior com os procedimentos de custeio (UGÁ, 1995). Na avaliação de Custo Benefício avalia-se a viabilidade econômica de projetos sociais através de investimentos humanos para capacitar a formação profissional a fim de tornar a força de trabalho mais eficaz. Na Avaliação de Custo Efetividade afere-se ao mesmo tempo o custo unitário de um determinado serviço e o seu desempenho em termos do cumprimento de metas pré-estabelecidas, ou seja, esta avaliação destina-se a escolher a melhor estratégia para atingir um determinado objetivo. Por fim, a Avaliação de Custo Utilidade consiste em estudos destinados a comparar diferentes tratamentos de pacientes crônicos, ou seja, é a relação custo/sobrevida.

Estas metodologias de avaliação econômica em saúde têm sido mais difundidas recentemente no Brasil. Os estudos são principalmente relacionados à dinâmica do SUS, como por exemplo, o “Projeto Economia em Saúde” (PES). Neste estudo foram considerados não somente trabalhos tradicionais no campo da economia, mas também avaliações orçamentárias que reforçam a otimização de recursos sem comprometer a qualidade de serviços. Foi também avaliada a percepção de tomadores de decisão sobre a avaliação econômica, sendo concluída a necessidade da implantação de políticas para a alocação mais eficiente dos recursos disponíveis nos sistemas de saúde, emprego de mais estudos acerca do tema, maior interação entre os institutos de pesquisa, investimentos em pessoas e nos sistemas de informação (VIEIRA et al., 2017).

A assistência em saúde exige uma coordenação complexa que envolve o preparo de recursos financeiros, melhorias contínuas da qualidade em saúde, e principalmente organização nas estruturas de pagamento aos prestadores. A seguir serão apresentadas as principais formas de pagamentos existentes no Brasil e no mundo, bem como o Pagamento por Performance, que é o objetivo do presente estudo.

#### 3.4 Formas de pagamento nas cooperativas de saúde

Os sistemas de remuneração médica são procedimentos para o pagamento de trabalho de pessoas, ou grupos. Eles norteiam a sua execução de forma a controlar o comportamento dos membros da organização a fim de garantir que a empresa realize suas tarefas para alcançar seus objetivos (CHERCHIGLIA, 2002).

Atualmente as cooperativas operam em regime de pré-pagamento (prospectivo) e regime de pagamento por custo operacional (retrospectivo). Segundo Robinson (2011), a remuneração prospectiva aumenta os incentivos para os subtratamentos e seleção de riscos, e a remuneração retrospectiva reforça o estímulo a práticas inconsequentes de gastos. Nenhuma forma de pagamento alinha satisfatoriamente os incentivos financeiros com as metas dos indicadores de qualidade. Portanto, faz-se necessário o lançamento de modelos alternativos e mistos que permitam atingir os patamares de qualidade e os níveis de satisfação dos profissionais de saúde.

Ugá (2012) mencionou que modelos de pagamentos que preconizam a qualidade são os mais efetivos, sejam eles na atenção básica com modalidades de capitação ajustada por risco, ou por desempenho. A seguir serão apresentadas as principais formas de remuneração médica, as quais se dividem em dois grandes grupos: Modelos Simples e Modelos Complexos de Remuneração.

### 3.4.1 Modelos Simples de Remuneração

#### 3.4.1.1 Pagamento por Procedimento ou *Fee for Service* (FSS)

Pagamento por Procedimento ou *Fee for Service* (FSS) consiste no clássico pagamento por serviço prestado, sendo um sistema aberto que pode induzir a demanda pelo profissional. É o grande responsável pela ineficiência dos sistemas de saúde no mundo (ABICALAFFE, 2015). Medeiros (2010) faz referência ao *Fee for Service* como sendo o pagamento de cada item de serviço prestado de acordo com tabelas específicas, como a da Associação Médica Brasileira (AMB) e a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), sendo que os consumidores têm uma maior quantidade de serviços, o que não implica, contudo, em uma melhor qualidade de atendimento.

É a forma mais comum de pagamento, sendo que a vantagem deste modelo ocorre na boa relação do médico-paciente, gerando a satisfação do usuário, pois estimula a livre escolha do profissional. Contudo, as desvantagens são marcantes, sendo que o honorário é estipulado pelo profissional de saúde e a utilização dos serviços pode ser induzida pela oferta e pela recomendação médica. Há, ainda, o honorário definido como um “cheque em branco” em que os gerentes de saúde acabam com a previsibilidade orçamentária, ocasionando uma superprodução de

serviços. Nesta modalidade a influência das cooperativas é mais diluída, dado o caráter isolado da prática profissional (ANDREAZZI, 2003).

Além disso, o modelo *Fee For Service* demanda de uma estrutura administrativa grande e custosa para executar e gerenciar a cobrança item a item. No entanto, para gestores de hospitais da rede privada e da classe médica, mesmo com tal demanda administrativa esse procedimento é justo à medida que permite a cobrança de todo o recurso utilizado. É o modelo mais praticado no mercado privado, considerando-se 78 a 96% do faturamento dos hospitais e 95% do faturamento praticado nos planos de saúde (ESCRIVÃO Jr. et al., 2012).

#### 3.4.1.2 Capitação ou *Capitation*

Neste sistema o prestador de serviços recebe uma quantia por paciente para promover serviço de saúde por um período de tempo. O ganho médio não varia com o nível de sua atividade, sendo somente alterado em relação ao número de pacientes. A capitação fortalece a relação médico-paciente, pois o paciente recebe a maior parte dos cuidados do mesmo médico. Além disso, não há tratamentos desnecessários e excessivos neste sistema, o qual requer menos esforços de administração e possui custos inteiramente previsíveis (GIRALDI; CARVALHO; GIRALDI, 2007).

Em contrapartida, a preocupação deste tipo de modelo refere-se ao fato de que os médicos limitarão seus esforços, restringindo o acesso do paciente ao cuidado. Aponta ainda que a capitação recompensa de forma negativa os serviços, e pode ocorrer o descarte dos pacientes com doenças crônicas por parte dos prestadores de saúde (ABICALAFFE, 2015).

#### 3.4.1.3 Salário

Nesta modalidade o médico recebe um ganho fixo por certo período de tempo. Segundo Gomes (2010), na modalidade de salário há uma maior estabilidade com menores riscos ao médico, sendo pouco provável que ocorra tratamentos exagerados, ou intervenções desnecessárias. Observa-se, neste modelo, uma tendência a um comportamento mais responsivo aos controles gerenciais (GIRALDI; CARVALHO; GIRALDI, 2007).

Por outro lado, este modelo debilita a produtividade, pois não encoraja uma provisão eficiente do cuidado. Se o médico se esforça e produz um serviço de boa

qualidade, os pacientes fazem questão de serem atendidos por ele, e este profissional é recompensado com mais serviço. Além disso, não estimula a relação médico-paciente, visto que não há liberdade de escolha pelo paciente (ABICALAFFE, 2015).

### 3.4.2 Pagamentos complexos

#### 3.4.2.1 Pacotes

No Brasil esta prática é recorrente, consistindo em uma remuneração prospectiva na qual hospitais e planos de saúde negociam um valor único pelos procedimentos cirúrgicos mais frequentes, incluindo geralmente diárias, taxas, medicamentos e materiais, mas deixando de fora os honorários médicos. O objetivo dos pacotes é facilitar o processo de faturamento. No entanto, qualquer situação imprevisível é normalmente cobrada fora do pacote. Outra preocupação em relação aos procedimentos empacotados é o subtratamento e a economia do uso de materiais e medicamentos por parte dos prestadores de serviço de saúde no intuito de gerar maior ganho financeiro. Além do mais, são poucas as operadoras que avaliam a qualidade desses pacotes, acarretando na menor eficácia do modelo (ABICALAFFE, 2015).

Dentre os problemas encontrados com a forma de pagamento por pacotes encontra-se a falta de participação dos médicos na formação de protocolos e conseqüentemente a falta de adesão e dificuldade em negociar intercorrências com a operadora (ESCRIVÃO Jr.; FIGUEIREDO, 2012).

#### 3.4.2.2 Grupos de Diagnósticos Relacionados - DRG (*Diagnostic Related Groups*)

Para Andreazzi (2003), no sistema de DRG é estabelecido um preço fixo por procedimento, ou diagnóstico, baseado em valores médios, sendo que o incentivo para o hospital é manter o seu custo de tratamento abaixo do preço estabelecido, aumentando sua eficiência. A problemática deste sistema está no subtratamento e no estímulo a mudanças de técnicas que desviam os casos graves para tratamentos ambulatoriais ou domiciliares, promovendo o aumento das taxas de mortalidade.

Consiste assim em um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos e que não ultrapassam 30 dias de internação.

Este método classifica pacientes semelhantes em suas características clínicas e no consumo de recursos, permitindo uma análise de produtividade (ABICALAFFE, 2015).

#### 3.4.2.3 Pagamentos Baseados em Episódios

Este modelo tem sido visto como uma forma potencial de transferir o risco financeiro gerenciável para os provedores através de uma taxa única global. Este modelo está em franco crescimento nos Estados Unidos. Semelhante ao DRG, o pagamento baseado em episódios é geralmente utilizado em cirurgias nas quais os recursos são destinados àquele evento, ou seja, ao trabalho integral realizado no procedimento cirúrgico (ABICALAFFE, 2015). O ponto fraco desta forma de remuneração é também o subtratamento, sendo que o prestador, assumindo o risco financeiro, pode auferir os resultados de tratamentos mais eficientes. Este método exige estratégias e adoção de indicadores para monitorar a assistência (ESCRIVÃO Jr.; FIGUEIREDO, 2012).

#### 3.4.2.4 Pagamento por Performance (P4P)

O P4P foi lançado no cenário internacional no final dos anos 90 com o objetivo de reavaliar os sistemas de saúde suplementar e público. Tem como princípio ajustar o montante de recursos a ser alocado segundo o desempenho, o qual é mensurado nos seguintes aspectos: padrões clínicos relacionados ao cuidado; padrões organizacionais referentes ao registro de informações; comunicação com os pacientes, educação e treinamentos; gestão de medicamentos e gestão clínica; experiência do paciente; serviços adicionais (acompanhamento da saúde infantil, serviços de pré-natal, entre outros) e cuidados holísticos baseado no desempenho no domínio clínico (UGÁ, 2012). Abicalaffe (2015) classificou tais aspectos em indicadores e domínios (Quadro 1):

Quadro 1 - Domínios e indicadores do modelo de Pagamento por Performance

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
Estrutura	Recursos humanos, tecnologia e registros eletrônicos.
Eficiência técnica	Indicadores de processos, indicadores de custos e protocolos clínicos.
Efetividade do cuidado	Indicadores de resultados, indicadores de práticas clínicas e medicina preventiva.
Satisfação do cliente	Percepção do cliente quanto ao atendimento.

Abicalaffe (2015) relatou que no domínio de Estrutura estão contemplados os indicadores relacionados aos recursos humanos, como a formação profissional, a participação de eventos, os treinamentos técnicos e as publicações. O domínio eficiência técnica está relacionado aos processos, como a utilização de protocolos clínicos e *guidelines* (diretrizes ou parâmetros). No que se refere ao domínio de efetividade do cuidado, estão relacionados os indicadores de resultados e desfechos intermediários, como os indicadores de mortalidade, infecção hospitalar, permanência no hospital, reinternações, controle de pressão arterial, entre outros. Já no domínio satisfação é considerada a percepção do cliente pelo atendimento disponibilizado.

O Pagamento por Performance surgiu em 2002, na Inglaterra, como um projeto baseado em um sistema de remuneração com bonificação por alcance de metas. Brotou como alternativa efetiva de melhoria da qualidade da assistência com redução de erros médicos e uso intensivo de protocolos assistenciais (ESCRIVÃO Jr.; KOJAMA, 2007). Na Inglaterra o P4P funciona como programa de recompensa anual e voluntária aos médicos generalistas. Neste país o sistema baseia-se em pagamentos de bônus por cumprimento de metas estabelecidas a partir de critérios padronizados (ESCRIVÃO Jr.; KOJAMA, 2007).

O Pagamento por Performance possui três características básicas, sendo elas: conjunto de objetivos de qualidade, critérios precisos para definir tais objetivos e incentivos monetários, cujo montante total depende dos objetivos a serem alcançados por cada prestador de cuidado à saúde (NORMAN; RUSSEL; MACHAUGHTON, 2014).

O conjunto de objetivos de qualidade também é preocupação da OMS. Esta tem assumido uma posição de liderança em desenvolver diferentes abordagens nos sistemas de saúde. A qualidade clínica, a auditoria médica, a crença profissional, a medicina baseada em evidências e os *guidelines* representam um conjunto de

ferramentas cujo objetivo é avaliar o desempenho e estimular mudanças nas práticas adotadas. Por isso é tão importante desenvolver um sistema de indicadores como o P4P, que valorize todas as dimensões do processo de produção da saúde, desde a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o paciente, até o trabalho interdisciplinar, entre outros (SERAPIONI, 2009).

O P4P vem com a prerrogativa de melhorar a qualidade dos serviços. A ideia de qualidade começou a ser desenvolvida na década de 1960, por Avedis Donabedian, que mencionou que fazer juízo de valor reflete os objetivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda sociedade da qual faz parte (NORMAN, 2012). Neste mesmo contexto, Donabedian (1978) sistematizou um conjunto de variáveis para avaliar qualidade, definindo três domínios, sendo eles a estrutura, o processo e os resultados que são traduzidos pelo P4P. A avaliação de estrutura envolve condições do ambiente e equipamentos. A avaliação do processo refere-se à qualificação profissional, à organização e à coordenação do trabalho em equipe. E os resultados são avaliados baseados na mudança do estado de saúde relacionado ao processo de cuidado.

A qualidade atribuída aos serviços em saúde está em constante discussão. Savassi (2012) abordou que com o processo de globalização, a qualidade em saúde foi o agente de mudança corporativa mais importante do novo milênio e consistiu na demanda gerencial mais importante a ser enfrentada pelas instituições.

De acordo com Baumann e Dellert (2006) o P4P está baseado em avaliações críticas do desempenho de um indivíduo, determinando assim sua remuneração. Os incentivos financeiros gerados pelos serviços de qualidade são disponibilizados por meio de bonificação, que é distribuída aos prestadores de acordo com seus resultados. Estes incentivos atingem de 25 a 40% do ganho médio do profissional. Este modelo também promove incentivos não financeiros, como por exemplo, o reconhecimento público, a composição de uma rede de prestadores preferenciais com direcionamento de pacientes, o desenvolvimento de uma estrutura de consultório dentro de um hospital, e a antecipação de recebíveis e prêmios (ABICALAFFE, 2015).

Segundo Escrivão Jr. et al., (2012), as principais vantagens deste modelo são o alinhamento de interesses da operadora e do prestador, o incentivo à qualidade, e não à quantidade de serviços, e o uso eficiente dos recursos com foco na atenção prestada.

Há evidências na literatura científica de que o Pagamento por Performance tem tido sucesso. Além de indicadores de segurança de partilha entre instituições, ele tem estabelecido e reconhecido níveis de qualidade e segurança em hospitais, os quais são recompensados com remuneração diferenciada quando conseguem atingir metas previamente estabelecidas (CAPUCHO; CASSIANI, 2013). Werner et al., (2010) mostrou um estudo realizado nos Estados Unidos no qual 260 hospitais que tinham implementação do Pagamento por Performance foram comparados com outros 780 hospitais que não tinham instituído tal modelo. Mais da metade dos hospitais que haviam implementado o modelo alcançaram um alto índice de desempenho em comparação aos demais hospitais. Estes achados sugerem que a remuneração por desempenho poderia ter o maior efeito sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

Schatz (2008) realizou revisões sistemáticas em artigos de 2006 e 2007, quando identificaram, em estudos de eficácia, que o P4P tem potencial de beneficiar todos os participantes do sistema de saúde. Contudo, estratégias alternativas para um aproveitamento mais concreto do modelo poderiam ser empregadas, tais como: processos de certificação, programas de educação, auxílio para a tomada de decisões e relatórios públicos de resultados de medição de qualidade.

Ainda nos Estados Unidos, o P4P já estava presente desde 2000 no *Medicare* (Plano de Saúde Universal para pessoas com mais de 65 anos), possuindo, porém, grandes limitações. Em 2010, entretanto, houve grande incentivo quando surgiu o Plano Obama Saúde (*Obamacare*, ou *Patient Protection and Affordable Care Act*), que passou a adotar o sistema de pagamento com resultados, reduzindo o peso relacionado aos DRGs e aumentando o peso do resultado na melhoria da saúde do paciente (MEDICI; ABICALAFFE; TAVARES, 2015).

Em estudos norte-americanos, Novelo et al., (2011) relataram que no P4P os prestadores de serviços de saúde são recompensados de maneira diferenciada por cumprir metas pré-estabelecidas. Desincentivos tais como a redução do pagamento para casos em que houve erro médico também têm sido propostos, sendo uma forma de responsabilizar o prestador de saúde pela falta de qualidade.

Campbell et al. (2009) realizaram um estudo no Reino Unido no qual foram avaliados 2 anos antes e 2 anos depois da implementação do sistema. Concluíram que os indicadores de qualidade haviam melhorado ao analisar os agravos com a asma, diabetes e cardiopatias isquêmicas. Entretanto, os autores levantaram a

hipótese de que após um determinado período de tempo torna-se difícil manter o crescimento de resultados e que o P4P não estimula a continuidade das melhorias.

Um estudo realizado no Reino Unido avaliou 8 anos de Projeto do Pagamento por Performance no Programa Saúde da Família, chegando a conclusão de que o P4P é uma das grandes evoluções nos cuidados primários de saúde. Contudo, as discrepâncias ainda persistem, sendo necessárias novas pesquisas para se avaliar a eficácia deste modelo de pagamento (HARRIS, 2012).

Em uma revisão sistemática de 69 estudos, Mendelson et al. (2017) encontraram evidências de resultados positivos no Reino Unido, onde os incentivos eram maiores comparados aos Estados Unidos. Em relação à configuração hospitalar, os efeitos do P4P foram neutros sobre os resultados de saúde, porém positivos na redução de readmissões hospitalares. Desde 1990 o Sistema Nacional de Saúde (SNS) Britânico tem adotado o que designam como *Performance Measurement and Management* (PMN). A cultura do PMN, ou Pagamento por Resultados, está hoje enraizada e tem auxiliado no controle da qualidade de serviços prestados e no cumprimento de regras contratuais estabelecidas entre o poder público e os prestadores de saúde. Desta forma, o PMN tem sido definido como um conjunto de processos destinados a auxiliar na organização, execução e monitoramento do plano estratégico através da análise, planejamento, controle e recompensa aos prestadores que atingem níveis de qualidade. Considerado um método inovador e abrangente, o Pagamento por Resultados é uma ferramenta de apoio do planejamento estratégico e de controle (SOUSA, et al., 2017).

Em Portugal constatou-se que a metodologia por incentivo altera a prática clínica, verificando-se, em geral, uma resposta positiva por parte dos profissionais, constituindo o elemento central para a melhoria da produtividade (TOMÁS; MOREIRA, 2010).

Entretanto, apesar dos aspectos interessantes de avaliação para a remuneração de prestadores baseados na qualidade de assistência, ainda são escassos os estudos no Brasil que demonstrem resultados verdadeiramente conclusivos sobre a eficácia da implementação deste modelo.

O marco inicial da implantação do modelo P4P no Brasil ocorreu em uma cooperativa de saúde privada de Belo Horizonte. Após avaliação, este programa apresentou resultados positivos, observando-se uma queda no custo total dos internamentos, que foram reduzidos de U\$90 para U\$75mil (ABICALAFFE, 2015).

Outro estudo realizado em uma operadora de saúde também em Minas Gerais buscou avaliar o Pagamento por Performance na visão do médico. A análise ocorreu no programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares. Os médicos julgaram que utilizar os indicadores para avaliar o cuidado dispensado aos clientes pareceu estimular positivamente a satisfação profissional e a qualidade dos serviços prestados (GOMES; CHERCHIGLIA; CARVALHO, 2012).

Dentre os trabalhos de maior destaque, pode-se apresentar o estudo de Abicalaffe (2015), que demonstrou que a implantação do modelo em uma empresa de medicina de grupo no estado do Paraná gerou resultados positivos após um ano de implementação, sendo estes: redução de 34,5% do custo médio gerado pelas consultas, diminuição de 50% de exames, e redução de 10% nos índices de internação.

Outra experiência positiva foi na cidade do Rio de Janeiro, aonde o P4P foi implantado também na rede pública, porém para avaliar os contratos de gestão nos quais os profissionais são avaliados a partir de indicadores de processos e resultados. Os indicadores são revisados anualmente e para que haja a renovação dos contratos entre a Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais de saúde é necessário atingir o desempenho proposto pelos indicadores. Diante das experiências apresentadas o P4P parece ter algum efeito positivo no que concerne à avaliação e ao incentivo de equipes (POLI NETO, et al., 2016).

Contudo, apesar de algumas evidências dos aspectos positivos do P4P no Brasil, Rosenthal et al. (2005) apresentaram avaliações dos processos de implementação destes programas e relataram a necessidade de mais estudos, bem como de ajustes. Em uma revisão sistemática, Barreto (2014) mostrou diversas lacunas nas evidências sobre a efetividade do modelo, lembrando que no Brasil há ainda poucos estudos sobre ele.

Existem dificuldades de implantação do modelo P4P no Brasil, sendo necessário transpor várias barreiras e inúmeros desafios no âmbito cultural, legal, ético, de gestão e operacional. A seguir discorre-se sobre alguns desafios citados por Abicalaffe (2015):

- desafios culturais: traduzem-se mais fortemente na classe médica, uma vez que os mesmos não aceitam ser avaliados. É difícil engajar o médico na questão da qualidade de atendimento, seja pelo pouco entendimento dos conceitos, ou pelo receio da perda de autonomia médica;

- fatores trabalhistas legais: quando os médicos são assalariados, o pagamento de incentivo pode ser incorporado ao salário e aumentar os tributos. Quando os mesmos não são assalariados, podem interpretar que exista um vínculo empregatício. Ainda para as cooperativas, o problema é remunerar seus cooperados de formas variadas, pois os médicos são diferentes na sua essência, o que vai ao contrário da lógica do cooperativismo;
- desafios éticos: conforme o artigo 62 do Código de Conduta Ética, “É vedado ao médico subordinar os honorários médicos ao resultado do tratamento e ou da cura”. O modelo P4P toma cuidado para não desrespeitar esta lei, sendo que o mesmo irá levar em conta o ganho adicional com base na melhoria dos indicadores. Na visão de Melo e Sousa (2011) o modelo apresenta o risco de que o trabalho clínico seja o centro do cumprimento de uma meta e que os pacientes discrepantes sejam afastados. Desta forma, o modelo poderia centrar-se no cumprimento de indicadores e não nas necessidades do paciente;
- gestão: o grande desafio é centrado nos gestores. Para o modelo ter sucesso é necessário que os gestores entendam que avaliar a performance e pagar por ela é a mesma coisa, e que para tanto é necessário medi-la da mesma forma. Além disso, quando se inicia a avaliação dos médicos e prestadores, o envolvimento e o comprometimento da equipe e da gestão são enormes, e nem todas as instituições estão preparadas ou conseguem manter a autonomia destas equipes. Para Medici, Abicalaffe e Tavares (2015), o que é ainda mais difícil é a criação de modelos “caseiros” de avaliação de desempenho sem critérios baseados em evidências. A exemplo disso temos as consultas bonificadas que até os dias de hoje são confundidas com o P4P. Nestas o médico poderia ganhar mais se pedisse menos exames, ou se o custo médio fosse menor do que os padrões estatísticos definidos pela cooperativa. A ANS lançou ações que impõem sanções às cooperativas com esse tipo de prática;
- desafios de questões operacionais: correspondem ao desafio para operacionalizar qualquer programa de avaliação. Boa parte dos sistemas tem foco no faturamento e não na gestão clínica, sendo que as informações têm baixa qualidade com erros primários de cadastro, gerando indicadores questionáveis e análises com vieses.

Sendo assim, essa revisão mostra o estado da arte do pagamento por performance no Brasil e no mundo, sendo ainda necessária a realização de mais estudos sobre o tema, principalmente no nosso país.

## REFERÊNCIAS

ABICALAFFE, C. L. **Pagamento por Performance: o desafio de avaliar o desempenho em Saúde**. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015.

ALBUQUERQUE, C. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500008)>. Acesso em: 05 jul. 2017.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas De Remuneração De Serviços De Saúde**. IPEA, Brasília, 2003. Disponível em: <[http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4222](http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4222)>. Acesso em: 05 jul. 2017.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Gerais: Beneficiários de planos de Saúde por cobertura assistencial (Brasil 2007 - 2017)**, Rio de Janeiro: 2017a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 07 out. 2017.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **QUALISS: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro: 2017b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A ANS regula compartilhamento de gestão de risco**, Rio de Janeiro: 2017c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4243-ans-regulamenta-compartilhamento-de-gestao-de-riscos>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BALZAN, M. V. Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde. **Revista GV Saúde**, v. 15, p. 1-9, jan/dez, 2013. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsaude/article/view/38671/37406>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2014. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pagamento-por-desempenho-em-sistemas-e-servicos-de-saude-uma-revisao-das-melhores-evidencias-disponiveis/15011?id=15011>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BAUMANN M H; DELLERT E. Performance Measures and Pay for Performance. **Chest**, v. 129, n. 1, p. 188-191, 2006.

BESSA, R. DE O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de Saúde Suplementar Brasileira**. São Paulo, 2011. 107 f. Mestrado em Administração de Empresas - Escola de Administração de Empresas Getúlio Vargas. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8151/61090100005.pdf?sequence>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BISPO Jr., J. P., MESSIAS, K. L. M. Sistemas de Serviços de Saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/20>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRAGA, F. G. C.; ALMEIDA, V.; CAMPOS, K. F. C. Ações para a promoção da saúde para idosos: análise da legislação proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2014. Disponível em: <<http://revistageraissaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/305>>. Acesso em: 12 ago. 2107.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Clínicas Metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2. ed., 2014. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_diretriz\\_avaliacao\\_economica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf)>. Acesso em: 06 jul. 2017.

BRASIL. Resolução Normativa no. 424, de 26 de jun. de 2017. **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**. Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde, Brasília, DF, jun. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQzOQ==>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação, conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

CAMPBELL, S. M., et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. **N Engl J Med**, v. 4, n. 361, p. 368-378, 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0807651>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. The need to establish a national patient safety program in Brazil. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v. 47, n. 4, p. 1-8, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 06 jul. 2017.

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

DONABEDIAN A. The Quality of Medical Care. **Science**, v. 200, n. 4344 p. 856-864, 1978.

DUARTE, C. M. R. Unimed: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 999-1008, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5306.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

DUARTE, A. L. C. M. et al. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2753-2762, 2017. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/318998060\\_Evolucao\\_na\\_utilizacao\\_e\\_nos\\_gastos\\_de\\_uma\\_operadora\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/318998060_Evolucao_na_utilizacao_e_nos_gastos_de_uma_operadora_de_saude)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ESCRIVÃO Jr., A.; KOJAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadores de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400012&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 23 jul. 2017.

ESCRIVÃO Jr., A.; FIGUEIREDO, C. E. P. C. Modelos de Remuneração dos Prestadores de Serviços de Saúde. **Revista GV Saúde**. Oficina de Trabalho, São Paulo, p. 1-9, 2012. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsaude/article/view/23557/22315>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

GIRALDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRALDI, L. G. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasil, maio, 2007. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades\\_contratacao\\_trabalho\\_medico.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

GOMES, C. L. S. **Remuneração Médica: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na Saúde Suplementar**. Belo Horizonte, 2010. Mestrado em Saúde Pública - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-85SMRX>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

GOMES, C. L. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CARVALHO, C. L. Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 567-586, 2012. Disponível em:

<<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39332/S0103-73312012000200009.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

HARRIS, M. Payment for Performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. **Revista Saúde Pública**. v. 46, n. 3, p.577-582, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300021)>. Acesso em: 15 mai. 2017.

KOBUS L. S. G. **Aplicação da descoberta de Conhecimento em Bases de Dados para identificação de usuários com doenças cardiovasculares elegíveis para programas de gerenciamento de caso**. Curitiba, 2006. Mestrado em Tecnologia em Saúde - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&o\\_obra=146430](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=146430)>. Acesso em: 16 dez. 2016.

MALTA, D. C. et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/179-190/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed., São Paulo: Editora Atlas, 2011. 312 p.

MEDEIROS, M. L. **As falhas do Mercado e os mecanismos de regulação da Saúde Suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. Brasília, 2010. Mestrado em Economia - Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10224>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

MEDICI, A.; ABICALAFFE C.; TAVARES L. Pagamento por Performance em Saúde. **Revista Empreender Saúde**, fev. 2015, p. 1-55. Disponível em: <<http://saudebusiness.com/blogs/pagamento-por-performance/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MELO, M; SOUSA, J. C. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto de situação no actual momento da reforma. **Revista Port. Clínica Geral**, v. 27, p. 28-34, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-71032011000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000100005)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

MENDELSON, A. et al. The effects of Pay-for-Performance Programs on health, health Care use, and processes of care: a systematic review. 2017. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 341-353, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114600>>. Acesso em: 21 fev. 2017

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1953-1957, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000800023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800023)>. Acesso em: 26 jul. 2017.

NORMAN, A. H. Qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina em Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 67-68, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/655/496>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

NORMAN, A. H.; RUSSEL, A. J.; MACHAUGHTON, J. O modelo de Pagamento por Desempenho e sua influência nos princípios e práticas dos médicos generalistas britânicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 55-67, jan. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000100055](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100055)>. Acesso em: 29 ago. 2017.

NOVELO, M. F.; et al. Qualidade e segurança assistencial aplicada a cardiologia: as contribuições da experiência americana. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 3, p. 169-179, mai./jun. 2011. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_03/a\\_2011\\_v24\\_n03\\_05qualidade.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_05qualidade.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.

OLIVEIRA, D. F.; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da Saúde Suplementar no Brasil: uma revisão do índice de desempenho da Saúde Suplementar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 207-231, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00207.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

PACHECO, D. A. J. Gestão de serviços de saúde: uma abordagem para a melhoria do desempenho. **Revista Geintec**, v. 6, n. 2, p. 3019-3034, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.revistageintec.net/index.php/revista/article/view/764>>. Acesso em: 7 set. 2016.

PAULUS Jr., A.; CORDONI Jr., L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

PEDROSO, M. C.; MALIK, M. A. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review (Brasil)**, mai, 2015. Disponível em: <<http://hbrbr.uol.com.br/as-quatro-dimensoes-competitivas-da-saude/>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos Privados de Assistência à Saúde: cobertura populacional no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19826.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

POLI NETO, P. et al. Remuneração variável na atenção primária à saúde: relato das experiências de Curitiba e do Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en\\_1413-8123-csc-21-05-1377.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1377.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2017.

RAY, B. Value engineering - a practical approach to managing cost in critical care. Health Administrator. **Anaesth Intensive Care**, New Delhi, p. 41-44, 2001. Disponível em: <<http://medind.nic.in/haa/t01/i1/haat01i1p41o.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internações do SUS: uma análise realizada no Brasil entre 2000 e 2010. **R. bras. Est. Pop**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 591-612, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v33n3/0102-3098-rbepop-33-03-00591.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

ROBINSON, J. C. Theory and Practice in the design of physician payment system. **The Mikbank Quartely**, v. 79, n. 2, p. 149-173, jun. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751195/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ROSENTHAL, M. B. et al. Early Experience with Pay-for-Performance. **JAMA : The Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 14, p. 1788-1793, out., 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16219882>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de inserção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a24.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr/jun, 2012. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SCHATZ, M. Does Pay for Performance influence the quality of care? **Curr Opin Allergy Clin Immunol**, v. 8, n. 3, p. 213-221, jun. 2008. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00130832-200806000-00002>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Avaliacao%20de%20Qualidade%20em%20Saude.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00205.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017.

SOUSA, M. S. et al. Reformas no Sistema Nacional de Saúde Britânico: o financiamento dos Hospitais Públicos e o papel da *Performance Measurement Management*. **RCEJ** n. 28, p. 47-71, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15054/1/Sena%20et%20al%202017-%20Reformas%20no%20Sistema%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Brit%C3%A2nico.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

TOMÁS, A.; MOREIRA, P. K. Incentivos em Saúde: em busca de um modelo para Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 9, p. 73-93, 2010.

UGÁ, M. A. D. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. **Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fio Cruz)**, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. p. 209-227, 1995. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP9.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - experiência internacional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

VARELLA, D; CESCHIN, M. **A Saúde do Planos de Saúde: Desafios da Assistência Privada no Brasil**. Paralela, 2015.

VIEIRA, F. S. et al. Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde: Percepção e atitudes de tomadores de decisão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota técnica n. 33**. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, fev. 2017. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/170217\\_nt33\\_disoc\\_uso\\_estudos\\_economicos\\_sus.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/170217_nt33_disoc_uso_estudos_economicos_sus.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VIEIRA, C. Gestão Pública e relação Público Privada na Saúde. Revista Rahis, v. 12, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2571/1535>>. Acesso em: 06 mai. 2018.

WERNER, R. M. et al. The effect of pay-for-performance in hospitals: Lessons for quality improvement. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 690-698, apr. 2011. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.1277>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

Artigo Científico

**Avaliação da remuneração médica com implementação do P4P em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil.**

---

A ser submetido para a revista Saúde em Debate

## **Avaliação da remuneração médica com implementação do P4P em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil.**

Fabiana Talevi Pastro, Enf.; Cesar Abicalaffe, MSc.; Ana Tereza Bittencourt Guimarães, Phd.<sup>1</sup>

**RESUMO:** pela complexidade da saúde vivenciada no cenário mundial faz-se necessária a implantação de novos modelos de remuneração médica atrelados à qualidade de prestação de serviços. O Pagamento por Performance (P4P) é um modelo de remuneração médica que tem por objetivo recompensar os prestadores pela adequação de atendimento. Este estudo comparou a remuneração médica realizada pelos modelos de pagamento *Fee for Service* e Pagamento por Performance (P4P) em uma cooperativa de saúde do sul do Brasil. Esta pesquisa possui enfoque quantitativo e retrospectivo, sendo utilizadas informações dos anos de 2015 e 2016. Foram coletadas variáveis de caracterização das atividades de 10 especialidades médicas (indicadores), bem como o custo efetivado para as mesmas. Foi realizado e calculado o índice de performance para cada especialidade escolhida, utilizando-se os indicadores dos domínios de efetividade e eficiência do modelo P4P. A partir da obtenção deste índice foi calculado o custo hipotético a ser pago aos prestadores de cada especialidade, o qual foi comparado ao custo real efetivado aos mesmos. Neste estudo verificamos uma economia dos custos em aproximadamente 6% no ano de 2015, e 9% em 2016 com a utilização do modelo P4P.

**Palavras-chave:** P4P. Desempenho. Remuneração médica. Qualidade de serviços médicos.

## **Evaluation of the medical remuneration with P4P implementation in a health cooperative in the south of Brazil.**

Fabiana Talevi Pastro, Enf.; Cesar Abicalaffe, MSc.; Ana Tereza Bittencourt Guimarães, Phd.<sup>1</sup>

**ABSTRACT:** due to the complexity of health experienced in the world scenario, it is necessary to implement new models of medical remuneration linked to the quality of service provision. The Performance Payment (P4P) is a medical pay model that aims to reward providers for the adequacy of care. This study compared the medical remuneration performed by the Fee for Service and Performance Payment (P4P) payment models in a health cooperative in the south of Paraná. This research has a quantitative and retrospective approach, using information from the years 2015 and 2016. Characterization variables of the activities of 10 medical specialties (indicators) were collected, as well as the cost effective for them. The performance index for each specialty chosen was calculated using the indicators of the effectiveness and efficiency domains of the P4P model. From this index was obtained the hypothetical cost to be paid to the suppliers of each specialty, which was compared to the actual cost effected to them. In this study, we verified a cost savings of approximately 6% in 2015, and 9% in 2016 using the P4P model.

**Keywords:** P4P. Performance. Medical remuneration. Quality of medical services.

## Introdução

A remuneração médica é um tema de grande relevância na área da saúde, principalmente nos tempos atuais de crise, quando modelos preconizam a superprodução de serviços sem valorizar a qualidade<sup>1</sup>, impedindo a sustentabilidade do setor da saúde.

Neste contexto, o modelo de Pagamento por Performance (P4P) carrega esta prerrogativa de qualidade utilizando métodos de avaliação com uso de indicadores para medir e posteriormente recompensar os profissionais de saúde pelo seu desempenho<sup>2</sup>.

Este estudo pretende demonstrar que o modelo P4P pode promover a diminuição de custos quando comparado a modelos atuais de remuneração médica, como o *Fee for Service* (FFS), por exemplo.

O objetivo deste trabalho foi avaliar hipoteticamente a viabilidade de implantação do P4P frente aos custos de uma cooperativa de trabalho do sul do Brasil nos anos de 2015 e 2016, analisando a performance de 10 especialidades médicas. A análise ocorreu através de custos hipotéticos obtidos com o Índice de Performance (IP) e com os custos reais da cooperativa estudada.

O presente estudo, contudo, abre ainda uma discussão sobre novas formas de remuneração médica e a importância desta abordagem para os serviços de saúde.

## Material e Métodos

O local de estudo ocorreu em uma cooperativa de saúde na região sul do estado do Paraná, que atua desde 30 de janeiro de 1989 com uma rede credenciada de 16 hospitais, 28 laboratórios, 114 clínicas, 235 colaboradores e 534 médicos cooperados em 2015 e 549 em 2016. Em 2015 possuía 85.993 beneficiários e em 2016, 88.993, sendo considerada uma operadora de saúde de médio porte (20 a 100 mil beneficiários de acordo com a ANS).

No presente estudo foram analisados os médicos cooperados de 10 especialidades, sendo estas a Cancerologia, a Cardiologia, a Cirurgia Geral, a Dermatologia, a Gastroenterologia, a Neurologia, a Oftalmologia, a Ortopedia e Traumatologia, a Pediatria e a Urologia.

## Procedimentos de coleta de dados

A disponibilização da produção das ações em saúde está armazenada nos sistemas integrados de informatização da cooperativa do sul do Brasil, a qual permitiu consultas e viabilizou o desenvolvimento e a apresentação deste estudo ao longo dos 24 meses dos anos de 2015 e 2016.

Os dados foram coletados e transferidos para planilhas do programa Microsoft Excel® contendo todas as informações relativas às variáveis (indicadores) (ANEXO A). Estas variáveis são provenientes da metodologia de obtenção de padrão de comparação, ou bandas ideais, que seguem um rigor estatístico, sendo baseadas em evidências científicas.

Em seguida foi realizada a extração dos dados e a conversão destes para arquivos de texto com extensão \*.txt, sendo então encaminhados para a empresa 2iM - Inteligência Médica, para a extração dos Índices de Performance.

É importante ressaltar que a extração do Índice de Performance ocorreu de acordo com comparações, ou *benchmarks*, para compor o que chamamos de bandas ideais para cada indicador, ou seja, um padrão ideal de comportamento. Estes padrões são representados pelos coeficientes-padrão definidos para cada indicador (eficiência e efetividade). A forma para se atingir o Índice de Performance foi baseada em referências internas obtidas através dos dados coletados da cooperativa.

A metodologia utilizada pela empresa 2iM foi o modelo Gestão da Performance em Saúde (GPS), que utiliza quatro domínios: estrutura, eficiência, efetividade, e satisfação ou experiência do cliente. Neste estudo serão abordados somente os domínios de efetividade e eficiência, sendo que dentro destes domínios existem indicadores. Assim, um indicador poderá ser utilizado para diversas especialidades, no entanto, os respectivos pesos, ou *benchmarks*, são diferentes para cada especialidade.

A escolha dos indicadores é a etapa mais importante da implantação de um modelo de avaliação de desempenho. Neste estudo foi utilizado como referência os indicadores propostos pelo modelo GPS.2iM. Cada indicador deve ser avaliado em termos de sua relevância, solidez científica e viabilidade. Para essa classificação de indicadores (variáveis), foi utilizado por Abicalaffe a ferramenta de indicadores tomando como referencial teórico o material HEDIS, que é uma ferramenta usada por mais de 90% dos planos de saúde americanos para mensurar as dimensões essenciais do cuidado e do serviço de saúde<sup>2</sup>.

Cada indicador selecionado é agrupado dentro dos domínios, sendo que a soma destes domínios deve ser igual a 100, e a soma dos indicadores dentro do respectivo domínio deve ser correspondente à ponderação desse domínio<sup>2</sup>. No quadro a seguir estão citados os indicadores utilizados de acordo com as especialidades estudadas (quadro 1).

Quadro 1. Indicadores do domínio de eficiência de acordo com a especialidade médica

	Cancerologia	Cardiologia	Cirurgia geral	Dermatologia	Gastroentero- -logia	Neurologia	Oftalmologia	Ortopedia	Pediatria	Urologia
óbitos de pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	X	X	X	X	x	x	X	X	X	X
pacientes acompanhados e internados em UTI com $\geq 3$ atendimentos em 12 meses	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
consultas na mesma especialidade em 20 dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
consultas em outras especialidades em 20 dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
reconsultas em 40 dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-
quantidade de internações por consulta	-	X	-	-	X	X	-	X	X	X
média de diárias/ procedimento específico	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-
média de diárias por internação	X	X	X	-	X	X	-	X	X	X
taxa de internações de longa permanência	---	-	X	-	-	-	-	-	-	-

Quadro 1. Indicadores do domínio de efetividade de acordo com a especialidade médica

Cancerologia	Cardiologia	Cirurgia geral	Dermatologia	Gastroenterologia	Neurologia	Oftalmologia	Ortopedia	Pediatria	Urologia
média de custo por internação	média de custo por internação	média de custo por internação		média de custo por internação	média de custo por internação		média de custo por internação	média de custo por internação	média de custo por internação
custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário	custo da consulta por usuário
custo médio da terapia (quimioterapia e radioterapia) por paciente	autogerados e afins por consulta		custo de procedimentos ambulatoriais agrupados por consulta	autogerados e afins por consulta	autogerados e afins por consulta	autogerados e afins por consulta	autogerados e afins por consulta		Cálculo autogerados e afins por consulta
	P4P - ECG por usuário			P4P - endoscopia e colonoscopia por usuário	P4P - eletroencefalograma por usuário	P4P - tonometria por usuário	P4P - TC por usuário		consulta 40 dias
	P4P - teste de esforço por usuário				P4P - TC por usuário	P4P - tomografia de coerência óptica	P4P - fisioterapia por usuário		P4P - litotripsia por usuário
	P4P - patologia clínica por usuário				P4P - ressonância magnética por usuário	P4P - terapia imunológica intravenosa	P4P - RM por usuário		P4P - PSA em homens acima de 40 anos
					P4P - eletroneuromiografia por usuário	P4P - mapeamento de retina por usuário	P4P - artroscopia por usuário		P4P - USG por usuário
					P4P - polissonografia por usuário		P4P - USG por usuário		P4P - tomografia por usuário
							P4P - eletroneuromiografia por usuário		P4P - cistoscopia por usuário
									P4P - RM por usuário
									P4P - média de diárias por procedimento específico: ressecção de tumor de próstata

## Análise de dados

Com base nos dados obtidos de cada indicador específico de cada especialidade foram realizados os cálculos dos respectivos domínios de Efetividade e Eficiência, calculando-se os Índices de Performance (IP) seguindo a metodologia proposta por Abicalaffe<sup>2</sup> (Eq. 1):

Eq. 1) IP:

$$\text{IP} = \frac{\text{VALOR DO RESULTADO FINANCEIRO}}{(\text{INDICADOR } 1 \times \text{PESO } 1) + \dots + (\text{INDICADOR } n \times \text{PESO } n)}$$

Em seguida, a partir dos valores dos Índices de Performance, foram definidos os custos hipotéticos a serem fornecidos de cada especialidade caso o modelo de P4P fosse implantado, como demonstra a equação abaixo (Eq. 2):

Eq. 2)

$$\text{CUSTO HIPOTÉTICO} = \text{CUSTO REAL} * \text{ÍNDICE DE PERFORMANCE}(\%)$$

Os índices de performance foram dispostos por mês e por especialidade, sendo os custos organizados na sequência também por mês e por especialidade. Foram então definidos os custos hipotéticos de cada especialidade a partir do IP, sendo comparados estes custos hipotéticos com os custos reais.

Os dados referentes aos custos hipotéticos dos anos de 2015 e 2016 foram comparados entre as especialidades com os respectivos custos reais por meio da Análise da Variância Para Medidas Repetidas após avaliação dos pressupostos de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk) e homocedasticidade (Teste de Levene). Os resultados foram expressos em tabelas com as estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão), e as respectivas significâncias estatísticas ( $p=0,05$ ).

Vale ressaltar que as variáveis ou os dados foram coletados a partir do que o médico ou especialidade solicitou. Para tanto, foi considerada principalmente a especialidade que demandou ou solicitou determinada consulta, exame e internação.

## Resultados e Discussão:

### Caracterização Geral da Cooperativa

A cooperativa estudada é constituída por uma rede credenciada de médicos cooperados, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados. Em 2015 eram 534 médicos cooperados e em 2016 eram 549.

Analisando os dados de 2015 observou-se um montante de 336977 procedimentos em saúde. Em 2016 foram observados 335090, havendo uma redução em relação ao ano anterior de 1887 eventos. Em relação ao valor total apresentando, em 2015 foram R\$31.962.078,90 e em 2016 constatou-se R\$35.455.427,00, havendo um aumento de R\$3.493.348,07. Mesmo havendo uma menor quantidade de eventos em relação a 2015, houve um aumento de custos em 2016.

Nos dois períodos avaliados, a maior parte dos eventos apresentados concentrou-se no âmbito ambulatorial, com consultas e exames (86%). O restante dos eventos foi distribuído no âmbito hospitalar e no uso de materiais e medicamentos

(14%). Já no tipo de atendimento, a maior quantidade concentrou-se em consultas (2015: 54% e 2016: 55%), seguida por exames (2015: 23% e 2016: 21%), sendo o restante completado pelas internações (tab 1).

Em relação às especialidades médicas estudadas, observamos uma maior frequência de eventos na especialidade de Ortopedia e Traumatologia (27%), tanto em 2015, como em 2016. Já a especialidade de Pediatria apareceu na sequência, com 19% em 2015, e 20% em 2016, seguida pela Oftalmologia com 16 % em 2015, e 15% em 2016 (tab 1).

Tabela 1. Caracterização Geral da Cooperativa. Frequências absolutas (n) e percentuais (%) nos anos de 2015 e 2016.

Variáveis	Categorias	2015		2016	
		n = 336.977		n = 335.090	
		n	%	n	%
<b>Tipo</b>					
<b>Procedimento</b>	AMB	288139	86%	286750	86%
	HOS	25652	8%	24690	7%
	MAT	15030	4%	14876	4%
	MED	8156	2%	8774	3%
<b>Atendimento</b>	CIR	20591	6%	23546	7%
	CLI	10084	3%	10848	3%
	COM	181119	54%	183423	55%
	EXA	76345	23%	68933	21%
	NSA	48838	14%	48340	14%
<b>Especialidade</b>	Cancerologia	14512	4%	15565	5%
	Cardiologia	27441	8%	28331	8%
	Cirurgia Geral	12057	4%	10714	3%
	Dermatologia	28585	8%	30204	9%
	Gastroenterologia	21543	6%	22099	7%
	Neurologia	6303	2%	6177	2%
	Oftalmologia	54883	16%	50322	15%
	Ortopedia	91934	27%	89909	27%
	Pediatria	65709	19%	67426	20%
	Urologia	14010	4%	14343	4%
<b>Total Pago</b>	Especialidades estudadas	R\$ 31.962.078,93		R\$ 35.455.427,00	

AMB: ambulatorial; HOS: hospitalar; MAT: materiais; MED: medicamentos; CIR: cirúrgica; CLI: clínica; CON: consultas; EXA: exames; NSA: não se aplica

### Análise de consultas

Avaliando o custo médio das consultas e realizando uma comparação com o Índice de Performance extraído do sistema GPS, observou-se que todas as especialidades estudadas apresentaram médias de custo efetivo superiores às médias de custo estimadas pela aplicação do IP ( $p < 0,0001$ ).

Ao realizar a análise entre as médias de todas as especialidades entre os períodos de estudo foi verificada uma elevação das médias no ano de 2016 quando

comparadas a 2015 ( $p < 0,05$ ), sendo tal fato observado tanto para a avaliação do custo efetivo, quanto para o custo estimado pelo IP.

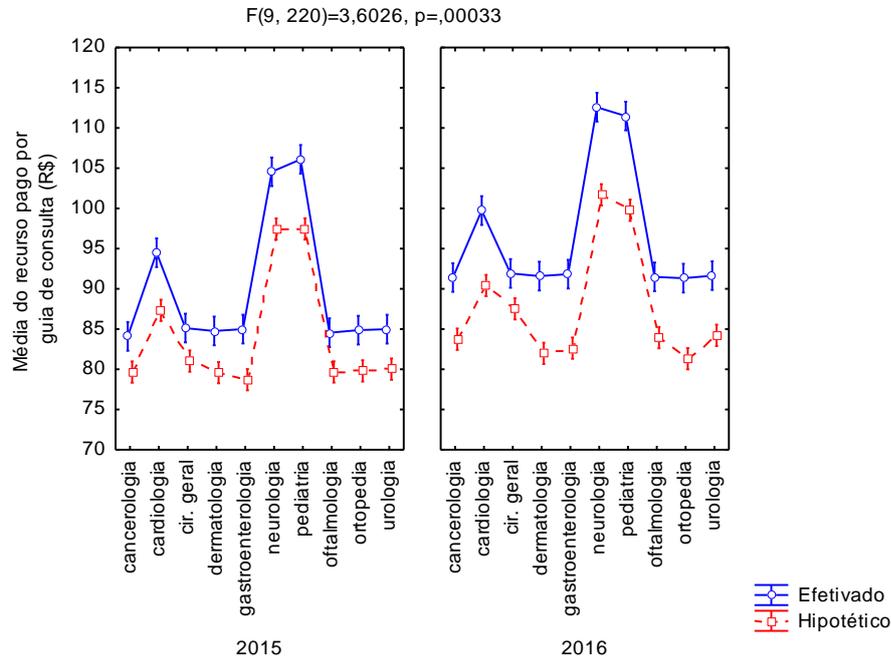
Avaliando as especialidades, a Pediatria apresentou o maior custo efetivo e hipotético com IP em 2015, enquanto a Neurologia apresentou o maior custo efetivo e hipotético com IP em 2016 (tab. 2 e fig. 1).

Tabela 2. Avaliação de consultas. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivo e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas nos anos de 2015 e 2016.

Especialidade	Ano	Custo Efetivo		Custo Hipotético com IP		p
		Média	DP	Média	DP	
Cancerologia	2015	84,09	3,15	79,66	2,04	<0,0001
	2016	91,42	3,32	83,74	3,18	<0,0001
Cardiologia	2015	94,50	2,61	87,33	2,16	<0,0001
	2016	99,74	2,19	90,43	1,73	<0,0001
Cir. Geral	2015	85,13	3,20	81,02	2,64	<0,0001
	2016	91,92	2,99	87,53	2,99	<0,0001
Dermatologia	2015	84,77	3,06	79,59	1,41	<0,0001
	2016	91,59	3,11	81,99	2,79	<0,0001
Gastroenterologia	2015	85,00	3,13	78,71	1,80	<0,0001
	2016	91,83	2,98	82,63	2,26	<0,0001
Neurologia	2015	104,56	5,70	97,44	3,70	<0,0001
	2016	<b>112,58</b>	1,73	<b>101,70</b>	2,00	<0,0001
Pediatria	2015	<b>106,10</b>	3,56	<b>97,46</b>	2,28	<0,0001
	2016	111,49	1,47	99,77	1,41	<0,0001
Oftalmologia	2015	84,55	2,90	79,68	1,96	<0,0001
	2016	91,50	3,21	83,94	2,41	<0,0001
Ortopedia	2015	84,87	3,08	79,81	1,83	<0,0001
	2016	91,33	3,21	81,32	2,10	<0,0001
Urologia	2015	84,99	3,14	80,02	2,22	<0,0001
	2016	91,64	2,98	84,23	2,43	<0,0001
<b>Média Geral</b>	<b>2015</b>	<b>89,86<sup>b</sup></b>	<b>8,94</b>	<b>84,07<sup>b</sup></b>	<b>7,43</b>	<0,0001
	<b>2016</b>	<b>96,51<sup>a</sup></b>	<b>8,60</b>	<b>87,73<sup>a</sup></b>	<b>7,39</b>	<0,0001

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise. p: valor de p da Análise da Variância para Medidas Repetidas.

Figura 1. Médias e Intervalos de Confiança (IC95%) de recurso pago por guia de consulta nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada.



### Avaliação de internamento

Na análise dos internamentos nos períodos de 2015 e 2016, todas as especialidades, exceto a gastroenterologia, apresentaram as médias de custo efetivado mais elevadas em 2016 quando comparadas a 2015. Ao avaliar as médias de todas as especialidades, verificou-se uma elevação significativa do custo efetivado em 2016 quando comparado a 2015 ( $p < 0,05$ ).

O mesmo se repetiu quando comparamos os custos hipotéticos aplicados ao IP, observando-se as médias mais elevadas em 2016, quando comparadas a 2015. Os custos médios hipotéticos permaneceram similares entre os dois anos ( $p > 0,05$ ), indicando uma melhor padronização dos valores mesmo com a variação temporal.

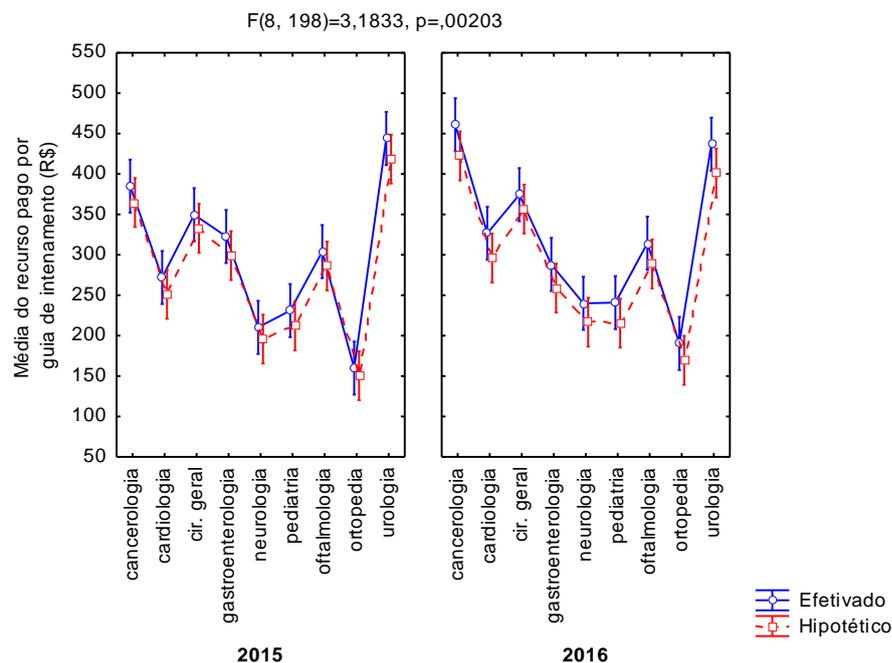
Avaliando a especialidade com maior custo médio, observamos que a Urologia e a Cancerologia aparecem com custos mais elevados quando comparadas às demais. A Urologia apresentou um custo médio das internações de R\$443,97 em 2015, e a Cancerologia, de R\$385,05. Em 2016 este cenário se reverteu, sendo que a Cancerologia elevou o seu custo médio efetivado para R\$461,03 e a Urologia para R\$ 436,87 (tab. 3 e fig. 2).

Tabela 3. Avaliação de internações. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivo e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.

Especialidade	Ano	Custo Efetivo		Custo Hipotético com P4P		p
		Média	DP	Média	DP	
Cancerologia	2015	385,05	53,16	364,75	49,57	<0,0001
	2016	461,03	106,01	422,41	97,70	<0,0001
Cardiologia	2015	271,98	45,84	251,14	40,89	<0,0001
	2016	326,58	51,16	296,00	45,73	<0,0001
Cirurgia Geral	2015	349,67	64,52	332,82	60,91	<0,0001
	2016	374,47	41,13	356,64	40,25	<0,0001
Gastroenterologia	2015	322,75	56,95	299,07	53,15	<0,0001
	2016	288,08	53,08	258,94	45,68	<0,0001
Neurologia	2015	210,30	69,51	195,78	62,84	<0,0001
	2016	240,06	62,99	216,64	56,24	<0,0001
Pediatría	2015	231,09	27,75	212,07	23,12	<0,0001
	2016	240,92	25,15	215,61	22,72	<0,0001
Oftalmologia	2015	304,10	91,73	286,15	85,44	<0,0001
	2016	314,54	33,82	288,65	31,35	<0,0001
Ortopedia	2015	159,93	27,13	150,48	26,31	<0,0001
	2016	190,44	22,82	169,54	19,73	<0,0001
Urologia	2015	443,97	63,41	418,49	62,73	<0,0001
	2016	436,84	65,21	401,30	58,24	<0,0001
<b>Média Geral</b>	<b>2015</b>	<b>297,65<sup>b</sup></b>	<b>101,92</b>	<b>278,97<sup>a</sup></b>	<b>96,87</b>	<b>&lt;0,0001</b>
	<b>2016</b>	<b>319,22<sup>a</sup></b>	<b>102,40</b>	<b>291,75<sup>a</sup></b>	<b>96,22</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise. p: valor de p da Análise da Variância para Medidas Repetidas.

Figura 2. Médias e Intervalos de Confiança (IC 95%) de recurso pago por guia de internamento nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada.



### **Avaliação dos exames**

Em relação à avaliação dos exames, observamos que todas as especialidades, exceto a Cancerologia, apresentaram médias mais elevadas em 2016 quando comparadas a 2015. Ao avaliar as médias de todas as especialidades, verificou-se uma elevação significativa do custo efetivado de exames em 2016, quando comparado a 2015 ( $p < 0,05$ ).

Observamos o mesmo perfil quando comparamos os custos hipotéticos aplicados ao Índice de Performance, ressaltando também a Cancerologia, que apresentou uma redução em suas médias de custos hipotéticos. Ao realizarmos a comparação das médias de custo hipotético com IP para todas as especialidades, verificou-se a similaridade dos valores entre os dois períodos, sendo, portanto, um indicativo da manutenção temporal dos custos com a aplicação do Programa de Pagamento Por Performance.

Ao comparar-se os valores de custo efetivado com os de custo hipotéticos, houve diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ) em praticamente todas as avaliações, com exceção da Cardiologia e Ortopedia no ano de 2015 ( $p > 0,05$ ).

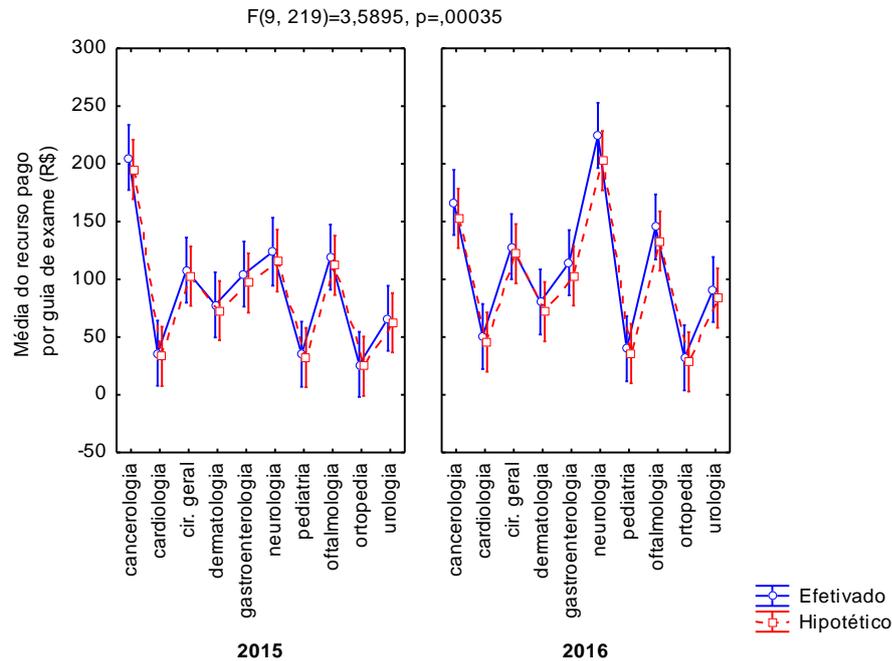
Em 2015, a especialidade de Cancerologia apresentou a média de custo efetivado muito acima das demais, com R\$ 205,55, seguida pela Neurologia, com R\$ 123,91 e pela Oftalmologia, com R\$ 119,20. A especialidade de Ortopedia apresentou médias de custo efetivado mais baixas quando comparadas às demais especialidades, sendo isto decorrente de uma maior quantidade de solicitação de exames (27%), bem como de uma menor complexidade tecnológica destes, quando comparada a outras especialidades (tab. 4 e fig. 3).

Tabela 4. Avaliação de exames. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.

Exames	Ano	Custo Efetivo		Custo Hipotético com P4P		p
		Média	DP	Média	DP	
Cancerologia	2015	205,55	39,75	195,09	39,13	<0,0001
	2016	166,60	41,95	152,78	39,20	<0,0001
Cardiologia	2015	36,05	2,94	33,31	2,56	0,051
	2016	50,45	17,89	45,70	15,98	0,0008
Cirurgia Geral	2015	107,99	10,51	102,76	9,59	0,0002
	2016	128,29	17,32	122,16	16,62	<0,0001
Dermatologia	2015	77,92	11,20	72,88	7,71	0,0004
	2016	80,42	3,46	71,99	3,17	<0,0001
Gastro	2015	104,54	4,83	96,82	3,94	<0,0001
	2016	114,44	6,70	102,92	4,61	<0,0001
Neurologia	2015	123,91	75,41	116,20	71,49	<0,0001
	2016	224,62	192,2	202,73	173,7	<0,0001
Pediatria	2015	35,13	2,98	32,29	2,92	0,044
	2016	39,89	2,21	35,70	1,96	0,003
Oftalmologia	2015	119,20	23,94	112,15	21,39	<0,0001
	2016	145,35	36,21	133,15	31,80	<0,0001
Ortopedia	2015	26,34	2,06	24,76	1,74	0,261
	2016	32,04	3,30	28,52	2,72	0,012
Urologia	2015	66,23	15,46	62,40	14,64	0,007
	2016	91,17	19,58	83,77	17,84	<0,0001
<b>Média Geral</b>	<b>2015</b>	<b>90,00<sup>b</sup></b>	<b>58,51</b>	<b>84,60<sup>a</sup></b>	<b>55,59</b>	<b>&lt;0,0001</b>
	<b>2016</b>	<b>107,33<sup>a</sup></b>	<b>84,80</b>	<b>97,94<sup>a</sup></b>	<b>77,10</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise. p: valor de p da Análise da Variância para Medidas Repetidas.

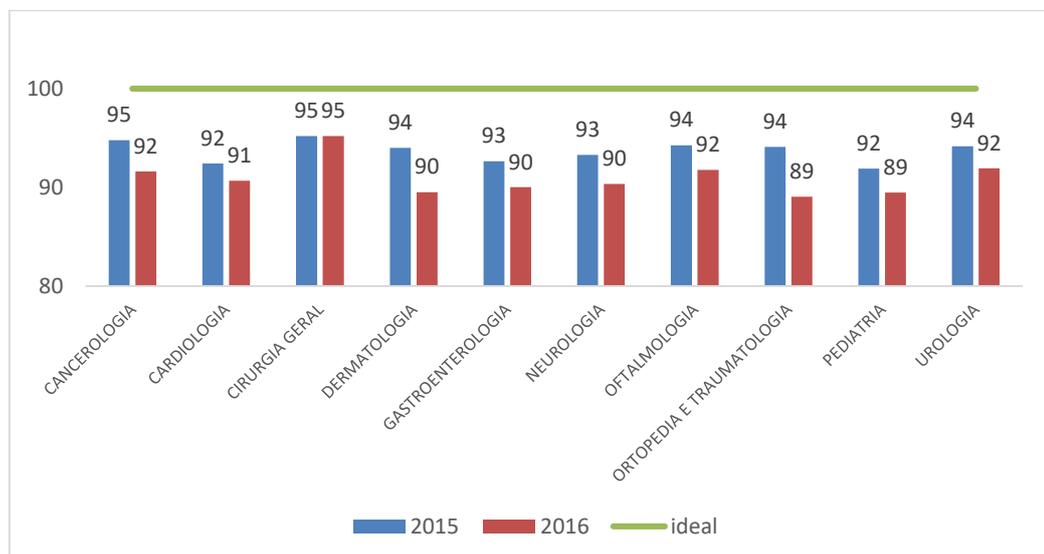
Figura 3. Médias e Intervalos de Confiança (IC 95%) de recurso pago por guia de exame nos anos de 2015 e 2016, para 10 especialidades da cooperativa estudada.



Em síntese, foi possível verificar que caso o modelo P4P fosse implantado e executado, haveria uma redução de custos de 6% em 2015 e de 9% em 2016, considerando-se apenas as 10 especialidades estudadas e atribuídos ao conjunto de consultas, internações e exames.

Ao avaliarmos os índices de performance das especialidades com o ideal, ou seja, com 100% de adequabilidade, notamos que em 2015 houve uma melhor atuação das especialidades avaliadas quando comparadas a 2016, gerando um custo menor à cooperativa. Já em 2016 observamos menores valores de índice de performance, acarretando assim em maiores valores de custo (fig.4).

Figura 4. Índices de Performance das especialidades em comparação ao escore ideal (100%).



## Discussão

O Pagamento por Performance é um modelo de remuneração médica que visa a qualidade e a adequação nos serviços<sup>2</sup>. A discussão sobre a possível implantação deste modelo em uma cooperativa de um município do sul do Brasil será redigida com abordagem na seguinte sequência:

- a) avaliação da série temporal dos custos ao longo dos dois anos estudados;
- b) análise do impacto hipotético da implantação do P4P na cooperativa em estudo.

### Avaliação da série temporal

A partir da base de dados de dois anos de atuação da cooperativa, observou-se que todas as especialidades estudadas tiveram um custo efetivado superior em 2016, quando comparadas a 2015. Tal fato pode ser justificado pelo aumento de beneficiários que adquiriram planos de saúde, pelo aumento de médicos cooperados, pela interferência da inflação e pela crise econômica do país, sendo tais pontos discutidos a seguir.

Dados extraídos da cooperativa analisada mostram um crescimento de 3 mil beneficiários entre 2015 e 2016. Conforme Duarte et al.<sup>4</sup>, o Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro apresentou um crescimento expressivo no período de 2010 a 2014, com um acréscimo de 13% de beneficiários. Friedrich et al.<sup>5</sup> demonstraram que o crescimento do número de beneficiários ocorreu pelo incentivo aos planos coletivos por parte das operadoras de saúde. Neste segmento, os autores supracitados mencionaram que os reajustes de mensalidades de planos coletivos não são definidos pela ANS, ficando a cargo das operadoras. Desta forma, o montante de beneficiários que procuraram estes planos coletivos foi maior, uma vez que apresentaram ofertas de melhor custo-benefício quando comparados aos planos individuais.

Porém, o relato de crescimento do número de beneficiários refere-se somente ao período de 2010 a 2014. Dados atuais mostram que entre os anos de 2015 e 2016 houve um decréscimo acentuado de beneficiários (ANS). Em dezembro de 2015 houve uma queda de 2,3% no número de beneficiários quando comparado a 2014. Em dezembro de 2016 a queda foi ainda maior, totalizando 3,1%<sup>6</sup>. Contudo, o aumento de beneficiários na cooperativa estudada está em descompasso com os dados extraídos da ANS, a qual indicou uma elevação do número de beneficiários.

Além deste incremento, outro aspecto que levou à elevação de custos entre 2015 e 2016 foi o acréscimo dos médicos cooperados. Conforme Giraldi et al.<sup>7</sup>, a região sul e sudeste são os locais com a maior concentração de médicos do país, lembrando que a cooperativa em estudo está localizada na região sul do Brasil. Tal localidade é economicamente mais atrativa por ser uma região com mais recursos disponíveis para atender as demandas da população na área da saúde, além de possuir um maior porte e não ter muitos problemas de acessibilidade. Há ainda outros motivos que os médicos apontam como mais relevantes para a fixação na região sul e sudeste, sendo estes: melhor remuneração médica e condições de trabalho, maior qualidade de vida, possibilidade de especialização, plano de carreira promissor e reconhecimento profissional.

Outro fator que possivelmente promoveu efeito sobre o aumento de custos para a cooperativa em questão foi a crise econômica instalada no país, a qual causou um aumento da inflação. Em 2015 a inflação brasileira registrou uma taxa de 10,7%, e em 2016, de 6,29%<sup>8</sup>. Na área da saúde as taxas inflacionárias foram mais elevadas, sendo que em 2015 a taxa foi de 11,18% e em 2016, de 11,38%. Dentre os preços

administrados, os planos de saúde e os produtos farmacêuticos estão em terceiro lugar no *ranking* de impacto da inflação, perdendo apenas para os combustíveis e a energia elétrica<sup>8</sup>.

Existe uma relação causal entre a crise econômica e a diminuição de renda por parte das pessoas. Vianna e Silva<sup>9</sup> demonstraram que mesmo com medidas de contenção de gastos e políticas sociais, a economia pode trazer efeitos negativos sobre a população, como por exemplo: alteração da situação de saúde (aumento de doenças como depressão, ansiedade, uso abusivo de drogas e álcool, e doenças crônicas) e aumento da demanda para atendimento na assistência de saúde. As doenças crônicas promovem um impacto sobre a economia nacional em função do absenteísmo de funcionários, o que leva a um significativo impacto socioeconômico<sup>10</sup>. Logo, a crise econômica associada à diminuição de renda tem causado um aumento dos problemas de saúde, ocasionando uma maior demanda do uso dos serviços de uma cooperativa de saúde e sendo, portanto, mais um fator que promoveu a elevação dos custos ao longo desta série temporal.

### **Impacto hipotético da implantação do P4P**

Além da elevação dos custos reais decorrentes dos aspectos socioeconômicos, conduziremos a discussão também para uma implantação hipotética de um modelo de remuneração médica que possibilitaria a redução do impacto gerado pela crise observada no país. Foi detectado que caso houvesse a implantação do P4P nesta cooperativa, haveria uma redução dos custos em todas as especialidades médicas estudadas, bem como ao longo da série temporal. Foi observado também que os principais fatores que atualmente impactam o custo efetivo (sem a implantação do P4P) estão relacionados à discussão da remuneração médica, à falta de gestão em saúde, à incorporação de novas tecnologias, à medicina demasiadamente especialista e às falhas nas bases de dados da cooperativa em estudo.

Há algum tempo os sistemas de saúde estão em busca de novas formas de remuneração médica. A ANS relatou a necessidade de reflexão sobre a tríade: sustentabilidade do setor da saúde, informação e novos modelos assistenciais, e formas de remuneração<sup>11</sup>. Esta reflexão tem sido observada na cooperativa em estudo, na qual o modelo atual utilizado é o *Fee For Service* (FFS). Nesta cooperativa foram realizados estudos sobre a inserção de modelos mistos de remuneração por desempenho e pagamentos globais (comunicação pessoal). Conforme Ugá<sup>12</sup> e Soucat<sup>13</sup>, o caminho mais coerente seria mesclar os modelos de remuneração por desempenho aos modelos básicos (como FFS). Isso ocorre porque o modelo de pagamento por performance traz, em sua metodologia, a quebra da inércia burocrática associada aos processos históricos, bem como o estímulo ao diálogo sobre a gestão financeira entre os recursos. Traz também recursos financeiros diretamente para os provedores da linha de frente, todos ligados por incentivos à produtividade, diferente do que ocorre com o FFS, que condiciona os recursos financeiros apenas aos eventos praticados em saúde<sup>12,13</sup>.

Uma mudança nos modelos de remuneração é justificável não apenas para mudar a forma de pagamento aos médicos, mas também para melhorar a gestão em saúde. Para Duarte et al.<sup>4</sup>, as operadoras de saúde estão enfrentando a ineficiência da gestão de custos, ocasionando um aumento progressivo. Um exemplo da falha na gestão em saúde está relacionado ao banco de dados denominado Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS), sendo que a ANS observou subnotificações, bem como Códigos Internacionais da Doença (CIDs) não informados

pelas operadoras e prestadores, denotando um modelo assistencial desorganizado e com pouca gestão em saúde<sup>14</sup>. Sendo assim, a má gestão está também relacionada à falta de dados fidedignos gerados pelos prestadores de saúde às operadoras, as quais, por conseguinte, alimentam a base de dados da ANS com informações nem sempre confiáveis.

Nesta cooperativa foi observado um baixo desempenho das especialidades médicas estudadas, o que possivelmente ocorreu pela incorporação de novas tecnologias, especializações excessivas, falta de sistemas integrados de informação, falta de qualidade dos serviços diagnósticos, solicitação exagerada de exames, procedimentos desnecessários, e falhas nos registros. Observamos que se o P4P fosse aplicado na cooperativa em estudo haveria uma economia de aproximadamente 5 milhões de Reais ao longo da série temporal.

A incorporação de novas tecnologias está diretamente relacionada ao aumento de custos na área da saúde. Segundo Ramos<sup>15</sup>, o mercado de novas tecnologias pode gerar custos crescentes em função do aumento da população de idosos e do consequente crescimento de consumo de produtos de saúde, em especial os destinados a tratar problemas cardiovasculares, ortopédicos e neurológicos. Na cooperativa em questão observa-se uma crescente incorporação de novas tecnologias. A rede prestadora de serviços, mais especificamente os médicos cooperados, prescrevem procedimentos e materiais cada vez mais sofisticados. A exemplo disso estão as próteses importadas tanto para a ortopedia, como para a cardiologia, e as técnicas minimamente invasivas, ou por neuronavegação, sendo que toda essa tecnologia eleva os custos na cooperativa (comunicação pessoal).

Atualmente a ANVISA não está preparada para acompanhar a dinâmica do mercado de novas tecnologias, que só no Brasil lança mais de 14 mil novos produtos por ano. Esses produtos são precariamente classificados com informações pouco elucidativas, dificultando a regulação e o controle pelo estado, pelos prestadores, pelas cooperativas e operadoras<sup>15</sup>. A Ortopedia, por exemplo, faz grande uso de tecnologias avançadas como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). No presente estudo esta especialidade foi a que apresentou um maior número de atendimentos, o que possivelmente também levou ao acréscimo do uso destas tecnologias. Melo et al.<sup>16</sup> mencionaram que o incremento de atendimentos na especialidade de Ortopedia ocorreu a partir da década de 1980 devido ao aumento da violência e dos traumas, consequência da urbanização maciça, sendo os acidentes de trânsito o segmento que mais contribuiu para esta evidência.

Conforme Vianna<sup>17</sup>, a tecnologia resultou de um processo de desenvolvimento histórico do sistema de saúde com o advento da revolução tecnológica nos anos 50 e da evolução do capitalismo nos anos 60. Não só a velocidade e a taxa de inovação de novos produtos tiveram alteração, mas também houve a necessidade da especialização da medicina para atender a demanda dos usuários de forma eficiente. A partir daí abriu-se, no setor privado, uma enorme janela de oportunidades nas quais os prestadores de serviços se adaptaram rapidamente. Desta forma, uma boa medicina já não poderia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração, o que causou a solicitação de uma grande quantidade de exames complementares e favoreceu a venda e compra de mercadoria a um alto custo.

Na cooperativa em estudo observou-se uma medicina especialista, não havendo, por exemplo, os chamados médicos de família na listagem médica. Isso, segundo Nicz<sup>18</sup>, é um reflexo da fragmentação da assistência à saúde, sendo que no Brasil a base da saúde é constituída por médicos especialistas que geram os gastos

desnecessários observados no custo efetivo. Ainda conforme o mesmo autor, há exemplos positivos de ação contrária à fragmentação da assistência em alguns países, como Reino Unido, Canadá, Holanda, Espanha e Portugal. Nestes locais, 50% são médicos da família responsáveis por gerenciar os casos mais leves para apoiar seu diagnóstico, sendo que os especialistas atuam apenas como consultores. Diante do exposto, o excesso de tecnologia associado a uma medicina demasiadamente especializada são fatores que podem ter levado ao baixo desempenho das especialidades aqui estudadas.

Além do desenvolvimento de novos equipamentos para assistência em saúde, é necessário realizar uma reflexão sobre as tecnologias de informação. Conforme abordaram Gonçalo Neto e Malik<sup>19</sup>, o modelo de saúde oferecido tanto no setor privado, como no público, visa ações individuais, sendo necessário o desenvolvimento de bases de dados individualizadas por pacientes. Para garantir a qualidade no acompanhamento dos beneficiários, destacam-se:

- uso de prontuários eletrônicos que integrem ações de saúde e estudem o consumo do paciente para que, posteriormente, promovam melhores práticas clínicas;
- uso de *internet* para checar e interpretar sinais vitais de um paciente. Como exemplos, temos o *Wearables* ou *Healthwears*, equipamentos que registram dados para monitorar doentes crônicos à distância, podendo gravar dados colhidos em conexão com o prontuário do paciente; e *Healthous*, mecanismo implantado no corpo do paciente que monitora, diagnostica e trata imediatamente.

Contudo, na cooperativa em questão não há um sistema integrado que compartilhe os dados de pacientes para que os médicos tenham acesso, objetivando a consulta de informações do histórico clínico. O que se observa é que os médicos acabam por solicitar exames laboratoriais e de imagens já realizados, causando a duplicidade dos mesmos.

A implantação hipotética do P4P em uma cooperativa de saúde trouxe informações de redução de custos em consultas, internamentos e exames. Conforme Oliveira, Veras e Cordeiro<sup>14</sup>, a saúde suplementar realizou 40,9% das internações do Brasil no ano de 2016. Outro dado interessante é que o número de consultas realizadas com médicos especialistas é superior ao realizado com generalistas. Este fato demonstra a grande desorganização do cuidado, sendo mais natural e menos oneroso que houvesse mais consultas com médicos generalistas, do que especialistas. Logo, a gestão adequada dos recursos, em especial com a aplicação do modelo de Pagamento por Performance, poderia evitar internamentos desnecessários, e consequentemente diminuir os gastos excessivos. Contudo, ainda há poucos trabalhos disponíveis afirmando uma redução efetiva de custos nas cooperativas quando implantado o P4P. O que se observa são estudos afirmando que este modelo é efetivo em alguns aspectos, sendo que os resultados são mais mensuráveis em condições clínicas<sup>20,21</sup>.

O P4P tem como proposta melhorar a qualidade do serviço da saúde entregue aos clientes, tendo os prestadores a oportunidade de melhorar seus reembolsos em até 25%<sup>2,21,22</sup>. Quando o P4P foi inserido no Reino Unido, em 2004, foi observado, já no início de sua implantação, altos níveis de efetividade e eficácia, porém foi constatada a exclusão de um grande número de beneficiários, não sendo claras as razões para tal<sup>22</sup>.

Em um estudo de revisão realizado em 14 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) foram avaliados 34 programas de P4P<sup>2,3</sup>. Neste estudo foram constatados rendimentos na prática, porém devido a inúmeras falhas metodológicas da implantação dos sistemas, houve uma falha na exploração do potencial total dos rendimentos. Compactuando com estes achados, Peluso et al.<sup>21</sup>, em um estudo realizado na Itália, concluiu que os esforços do P4P são conduzidos por uma intervenção gerencial para melhorar o desempenho e obter incentivos financeiros, tendo evidências da redução de custos em função de uma mudança geral na organização e na gestão hospitalar.

Na Coreia o P4P está sendo implantando em programas de clínica médica e já apresentou resultados mensuráveis no que se refere à qualidade dos cuidados e na redução de custos médicos, diminuindo a duração de internamentos e das taxas de readmissão de 30 dias<sup>20</sup>. No Brasil, uma experiência positiva foi obtida em uma cooperativa de saúde em Belo Horizonte, onde se averiguou uma redução do custo de internamentos após a implantação do P4P<sup>2</sup>.

Na cooperativa em estudo, o *Fee For Service* é a forma de pagamento predominante, mas com a implantação hipotética do P4P verificou-se a possibilidade de diminuição de custos. Em uma pesquisa experimental inteiramente controlada foi realizada a comparação entre os benefícios gerados pelo programa *Fee For Service* (FFS) e pelo P4P. Concluiu-se que os médicos participantes da pesquisa escolheram a conduta de assistência de 89% dos pacientes atendidos pelo P4P, levando a crer que o atendimento promovido por este programa é mais otimizado do que em pacientes assistidos pelo FFS<sup>24</sup>.

Sendo assim, na literatura técnico-científica há fortes evidências de que o P4P promove melhorias na área da saúde e redução de custos. Contudo, é ainda necessário mudar a forma de pensar em saúde, lançando mão de novas formas de remuneração aos profissionais, buscando a qualidade e, acima de tudo, apoiando-se em evidências científicas e exemplos que tiveram sucesso.

### **Considerações finais**

Neste estudo foi verificada uma elevação real dos custos ao longo dos dois anos avaliados. Na sequência observamos o impacto hipotético da implantação do P4P, sendo que se houvesse a implantação efetiva, a cooperativa em questão teria benefícios financeiros.

Este estudo apresenta algumas limitações, pois os dados coletados apresentaram-se discrepantes em um primeiro momento, denotando uma falha nos sistemas de informação da cooperativa. Apesar das limitações identificadas, o recorte dos dois anos de análise foi apoiado pela literatura técnico-científica.

Futuras investigações devem ocorrer avaliando a implantação efetiva do P4P para obter evidências reais sobre o impacto econômico de tal implantação. Por fim, este estudo constituiu apenas uma avaliação de custos, sendo que a estimativa da qualidade não foi atribuída. Dada a importância do tema, considera-se que ainda há muito a ser pesquisado no campo de remuneração médica, uma vez que existem lacunas sobre a eficácia da implantação do modelo P4P.

### **Referências:**

1. Andreazzi MFSA. *Formas De Remuneração De Serviços De Saúde*. Texto Discussão IPEA; 2003 Dez: 1006: 1-32. Disponível em:

[http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4222](http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4222). Acesso em 1 Fev, 2018.

2. Abicalaffe CL. *Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em Saúde*. Rio de Janeiro: ed. DOC Content; 2015.
3. Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2011.
4. Duarte ALCM, Oliveira MF, Santos AA, Santos BFC. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2753-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802753&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802753&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 5 Jan, 2018.
5. Friedrich MP, Silva RL, Guimarães JCF, Basso K. Alternativas para a saúde no Brasil. *Rev Pensamento Contemporâneo em Administração*. 2017;31-43. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4417/441752441004/>. Acesso em 27 Fev, 2018.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). *ANS apresenta novos modelos de cuidado em saúde*. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/numeros-do-setor/3695-beneficiarios-de-planos-de-saude-3>. Acesso em 1 Fev, 2018.
7. Giraldi SN, Stralen ACSV, Cella JN, Mass IWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2675-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902675&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902675&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 8 Jan, 2018.
8. Campedelli A, Ramos AP. Aspectos estruturais da Inflação Brasileira no Biênio 2015 e 2016. *Rev Pesquisa e Debate*. 2017;28(2):31-51. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/33591>. Acesso em 5 Jan, 2018.
9. Viana ALA, Silva HP. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. *Rev Planejamento Políticas Públicas*. 2017; 49:55-107. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/9595/444>. Acesso em 5 Jan, 2018.
10. Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (BR); 2015. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/doencas-cronicas-impactam-crescimento-do-pib-brasileiro-ate-2030>. Acesso em 7 jan, 2018.
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). *ANS apresenta novos modelos de cuidado em saúde*; 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/sobre-a-ans/3939-ans-participa-de-simposio-sobre-novas-formas-de-remuneracao>. Acesso em 7 Ago, 2016.
12. Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - experiência internacional. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3437-45. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/355566>. Acesso em 6 Jan, 2018.
13. Soucat A, Dale E, Mathauer I, Kutzin J. Pay-for-Performance debate. Not seeing the Forest for the Trees. *Health Systems & Reform*. 2017;3(2):74-9. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23288604.2017.1302902?needAccess=true>. Acesso em 26 Jan, 2018.
14. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: Onde estamos? *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):625-34

[citado em 2017 Dez 10]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt\\_1809-9823-rbgg-20-05-00624.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt_1809-9823-rbgg-20-05-00624.pdf) Acesso em 10 Dez, 2017.

**15.** Ramos P. *A máfia das próteses: Uma ameaça à saúde*. São Paulo: ed. Évora; 2016.

**16.** Melo MR, Ferraz CA, Souza CA., Souza CR, Lavrador MA. *Estudo da morbidade na Unidade de Internação Ortopédica*. II Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem para o século XXI - Gerenciamento e desenvolvimento de talentos humanos na enfermagem. *Medicina*. 200;33:73-81. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n1/estudo\\_morbidade\\_unidade\\_internacao\\_ortopedia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n1/estudo_morbidade_unidade_internacao_ortopedia.pdf). Acesso em 09 Jan, 2018.

**17.** Vianna CMM. Estruturas do Sistema de Saúde do Complexo Médico-Industrial ao Médico-Financeiro. *PHYSIS Rev de Saúde Coletiva*. 2002;12(2):375-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a10v12n2.pdf>. Acesso em 10 Dez, 2017.

**18.** Nicz LF. A cura está nos médicos da família. *Rev GV Executivo*. 2017;16(4). Disponível em: <http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol16-num4-2017/cura-esta-nos-medicos-familia>. Acesso em 19 Jan, 2018.

**19.** Gonçalo Neto GV, Malik AM. Tendências na Gestão da Saúde. *Rev GV Executivo*. 2017;16(4):12-16. Disponível em: <http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol16-num4-2017/tendencias-na-gestao-saude>. Acesso em 5 Jan, 2018.

**20.** Iqbal U, Li J. Patient's satisfaction and incentive programs for physicians. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):143. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453830>. Acesso em 9 Jan, 2018.

**21.** Peluso A, Berta P, Vinciotti V. Do Pay-for-Performance incentives lead to a better health outcome? *Cornell University Library*. 2017;1:1-16. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/1703.05103.pdf>. Acesso em 15 dez, 2017.

**22.** Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh V, Roalnd M. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355(4):375-84. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa055505>. Acesso em 5 Jan, 2018.

**23.** Milstein R, Schreyoegg J. Pay for Performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P Programs in 14 OECD countries. *Health Police*. 2016; 120; 1125-40 [citado em 2018 Jan 10]. Disponível em: [http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(16\)30214-7/fulltext](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(16)30214-7/fulltext). Acesso em 10 Jan, 2018.

**24.** Keser C, Peterle E, Schinitzler C. Money talks – Paying physicians for performance. *Discussion Papers*. 2014;1-46. Disponível em: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2357326](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2357326). Acesso em 9 Jan, 2018.

## ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As variáveis a seguir foram disponibilizadas pelos sistemas integrados de informatização da cooperativa em estudo, em 2015 e 2016. O quadro a seguir foi extraído da metodologia realizada por Abicalaffe (2015), com os respectivos pesos de domínios e pesos de indicadores.

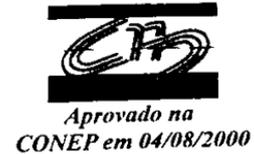
DOMÍNIO	ESPECIALIDADE	INDICADOR	PESO	DOM
Eficiência	Cancerologia	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Cancerologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	10	
Eficiência	Cancerologia	Cálculo do custo médio da terapia (quimioterapia e radioterapia) por paciente	10	30
Efetividade	Cancerologia	Cálculo da reconsulta em 40 dias	10	
Efetividade	Cancerologia	Cálculo da média de diárias por internação	10	
Efetividade	Cancerologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com três ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Cancerologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em uti com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Cancerologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	8	
Efetividade	Cancerologia	Consultas em outras especialidades em 20 dias	5	35
Eficiência	Cardiologia	P4P - ECG por usuário	2,5	
Eficiência	Cardiologia	P4P - ECG por usuário	2,5	
Eficiência	Cardiologia	P4P - teste de esforço por usuário	2,5	
Eficiência	Cardiologia	P4P - patologia clínica por usuário	2,5	
Eficiência	Cardiologia	Cálculos autogerados e afins por consulta	5	
Eficiência	Cardiologia	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Cardiologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	5	30
Efetividade	Cardiologia	Cálculo de reconsultas em 40 dias	6	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo da quantidade de internações por consulta	6	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo da média de diárias por internações	6	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com 3 meses ou mais atendidos em 12 meses	1	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	10	
Efetividade	Cardiologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	5	35
Eficiência	Cirurgia geral	Cálculo da média de custo por internação	15	
Eficiência	Cirurgia geral	Cálculo de custo da consulta por usuário	15	30
Efetividade	Cirurgia geral	P4P - média de diárias por procedimento específico: videocolocistectomia	10	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo de reconsultas em 40 dias	5	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo da média de diárias por internação	4	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	

Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	5	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	4	
Efetividade	Cirurgia geral	Cálculo da taxa de internações de longa permanência (a partir de 20 dias)	5	35
Eficiência	Dermatologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	15	
Eficiência	Dermatologia	Cálculo do custo de procedimentos ambulatoriais agrupados por consulta	15	30
Efetividade	Dermatologia	Cálculo de reconsultas em 40 dias	10	
Efetividade	Dermatologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com três ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Dermatologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Dermatologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	17	
Efetividade	Dermatologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	6	35
Eficiência	Gastroenterologia	P4P - endoscopia e colonoscopia por usuário	5	
Eficiência	Gastroenterologia	Cálculos autogerados e afins por consulta	10	
Eficiência	Gastroenterologia	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Gastroenterologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	5	30
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo de reconsultas em 40 dias	7	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo da quantidade de internações por consulta	6	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo da média de diárias por internações	6	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	10	
Efetividade	Gastroenterologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	4	35
Eficiência	Neurologia	P4P - eletroencefalograma por usuário	2	
Eficiência	Neurologia	P4P - tomografia por usuário	2	
Eficiência	Neurologia	P4P - ressonância magnética por usuário	2	
Eficiência	Neurologia	P4P - eletroneuromiografia por usuário	2	
Eficiência	Neurologia	P4P - polissonografia por usuário	2	
Eficiência	Neurologia	Cálculos autogerados e afins por consulta	5	
Eficiência	Neurologia	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Neurologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	5	30
Efetividade	Neurologia	Cálculo de reconsultas em 40 dias	8	
	Neurologia	Cálculo da quantidade de internações por consulta	6	
Efetividade	Neurologia	Cálculo da média de diárias por internação	5	
Efetividade	Neurologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	

Efetividade	Neurologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Neurologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	10	
Efetividade	Neurologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	4	35
Eficiência	Oftalmologia	P4P - mapeamento de retina por usuário	4	
Eficiência	Oftalmologia	P4P - tonometria por usuário	4	
Eficiência	Oftalmologia	P4P - tomografia de coerência óptica	4	
Eficiência	Oftalmologia	P4P - terapia imunológica intravenosa	4	
Eficiência	Oftalmologia	Cálculos autogerados e afins por consulta	4	
Eficiência	Oftalmologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	10	30
Efetividade	Oftalmologia	Cálculo de reconsultas 40 dias	12	
Efetividade	Oftalmologia	Cálculo de óbitos de pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Oftalmologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Oftalmologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	17	
Efetividade	Oftalmologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	4	35
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - tomografia por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - fisioterapia por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - ressonância por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - artroscopia por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - US por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	P4P - eletroneuromiografia por usuário	2	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de autogerados e afins por consulta	6	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Ortopedia/traumatologia	Cálculo do custo da consulta por usuário	2	30
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	P4P - média de diárias por procedimento específico: artroplastia total de quadril	10	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de reconsultas 40 dias	5	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo da quantidade de internações por consulta	5	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo da média de diárias por internação	3	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de óbitos pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com três ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	8	
Efetividade	Ortopedia/traumatologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	2	35
Eficiência	Pediatria	Cálculo da média de custo por internação	10	
Eficiência	Pediatria	Cálculo de custo da consulta por usuário	20	30
Efetividade	Pediatria	Cálculo de reconsultas 40 dias	8	
Efetividade	Pediatria	Cálculo da quantidade de internações por consulta	6	
Efetividade	Pediatria	Cálculo da média de diárias por internação	4	

Efetividade	Pediatria	Cálculo de óbitos pacientes acompanhados com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Pediatria	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Pediatria	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	10	
Efetividade	Pediatria	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	5	35
Eficiência	Urologia	P4P - litotripsia por usuário	2	
Eficiência	Urologia	P4P - PSA em homens acima de 40 anos	2	
Eficiência	Urologia	P4P - US por usuário	2	
Eficiência	Urologia	P4P - tomografia por usuário	2	
Eficiência	Urologia	P4P - cistoscopia por usuário	2	
Eficiência	Urologia	P4P - ressonância por usuário	2	
Eficiência	Urologia	Cálculos autogerados e afins por consulta	10	
Eficiência	Urologia	Cálculo da média de custo por internação	5	
Eficiência	Urologia	Cálculo de custo da consulta por usuário	3	30
Eficiência	Urologia	P4P - média de diárias por procedimento específico: ressecção de tumor de próstata	10	
Eficiência	Urologia	Cálculo de consulta 40 dias	5	
Efetividade	Urologia	Cálculo de quantidade de internações por consulta	5	
Efetividade	Urologia	Cálculo da média de diárias por internações	4	
Efetividade	Urologia	Cálculo de óbitos de pacientes com três meses ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Urologia	Cálculo de pacientes acompanhados e internados em UTI com 3 ou mais atendimentos em 12 meses	1	
Efetividade	Urologia	Cálculo de consultas na mesma especialidade em 20 dias	7	
Efetividade	Urologia	Cálculo de consultas em outras especialidades em 20 dias	2	35

## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS



### ANEXO IV

#### TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

**Título do projeto:** Avaliação do modelo Pagamento por Performance em uma operadora de saúde na cidade de Cascavel

**Pesquisador(s):** Fabiana Pastro Talevi

**Local da pesquisa:** Unimed Cascavel

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Fabiano de Lima Tykalowitz

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Cascavel, 24 de Maio de 2016.

*Comitê, 25/05/16*  
*Fabiano de Lima Tykalowitz*  
Fabiano de Lima Tykalowitz  
Gestor Operacional  
UNIMED CASCAVEL

**(Nome(s) e assinatura(s) do(s) responsável pelo campo da pesquisa)**

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Modelo de Pagamento por Performance no Sistema de Saúde Suplementar: avaliação teórica da implantação em uma operadora de saúde.

**Pesquisador:** FABIANA PASTRO TALEVI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58651416.3.0000.0107

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.838.392

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado em Biociências e Saúde. Encontra-se adequadamente apresentado.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

- O objetivo geral do presente estudo será analisar a viabilidade de implantação do modelo de remuneração médica "Pagamento por Performance" em uma cooperativa de saúde do município de Cascavel, Paraná.

##### Objetivo Secundário:

a) Calcular os valores dos escores das bandas ideais do modelo de Pagamento por Performance a partir dos indicadores obtidos pela cooperativa no

ano de 2015;

b) Calcular a partir do escores dos indicadores, os escores dos domínios de Efetividade e Eficiência do modelo de Pagamento Por Performance;

**Endereço:** UNIVERSITÁRIA

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**CEP:** 85.815-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.propg@unioeste.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE**



Continuação do Parecer: 1.036.262

- c) Calcular o Índice de Performance a partir dos escores dos domínios, e definir os custos de pagamentos hipotéticos para as especialidades da cooperativa;
- d) Comparar os custos efetivos realizados no ano de 2015 para as especialidades e compará-los com os custos hipotéticos definidos pelo modelo de Pagamento por Performance;
- e) Avaliar o perfil de Pagamento por Performance ou Pagamento por Desempenho (P4P) é um modelo de remuneração médica que tem por objetivo recompensar os prestadores pela qualidade e adequação de atendimento ao paciente, e não pelo volume ou complexidade de serviços.

Objetivos coerentes, pertinentes e claramente elaborados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Claramente explicados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de importância para a área da saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados de acordo com as exigências. Foram substituídos os termos, com a correção do nome do pesquisador principal.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto APROVADO, por terem sido realizadas as adequações exigidas por esse comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_765357.pdf	10/09/2016 10:43:31		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissodadosoemarquivo.pdf	10/09/2016 10:42:07	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodadosnaoforamcoletados.pdf	10/09/2016 10:41:42	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	projeto_comite_etica.pdf	10/09/2016 10:35:35	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito

Endereço: UNIVERSITÁRIA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.pppg@unioeste.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ  
UNIOESTE - CENTRO DE**



Continuação do Parecer: 1.030.362

Outros	Instrumentodecoletadedados03.pdf	01/08/2016 21:22:10	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados02.pdf	01/08/2016 21:21:51	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados01.pdf	01/08/2016 21:21:26	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Outros	termodeclenciapelo campo.pdf	01/08/2016 21:17:47	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	01/08/2016 21:11:16	FABIANA PASTRO TALEVI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCAVEL, 25 de Novembro de 2016

Assinado por:

Fausto José da Fonseca Zamboni  
(Coordenador)

## ANEXO D – NORMAS DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho de 7.000 palavras. Neste formato não são exigidos resumo e **abstract**.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras, que aportem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

### Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### O texto deve conter:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

**Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail.