

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES

Naira Alicia Lacerda Flores

Graduada em Enfermagem (UFMG), Especialista em Gestão de Sistema e Serviço de Saúde (UNB) e Analista de Gestão de Seguridade Social do IPSM.

Antônio Hot Pereira de Faria

Doutor em Geografia (PUCMG), Mestre em Administração (FEAD), Graduado em Ciências Militares pela Polícia Militar de Minas Gerais, Capitão da Polícia Militar de Minas Gerais

Resumo: O aumento crescente dos custos em saúde torna imprescindível a adoção de modelos de remuneração de serviços que permitam avaliar e controlar de maneira mais efetiva os gastos com assistência à saúde. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo apresentar a experiência de uma autarquia na implantação de pacotes como modelo de remuneração aos prestadores de serviço, subsidiando a tomada de decisão dos gestores em relação à sustentabilidade das contratações de serviços de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, baseada em análise documental e de dados bibliográficos. Inicialmente, o estudo dedicou-se a uma revisão da literatura acerca dos modelos de remuneração de serviços de saúde; no segundo momento apresenta o modelo implementado no Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais, com análise de 12 procedimentos médico-hospitalares e suas perspectivas de economia financeira. Os resultados indicam que a utilização de pacotes gera redução de custos para a fonte pagadora dos serviços e conclui-se que é preciso haver um equilíbrio entre os critérios técnicos e financeiros na definição do valor do pacote.

Palavras-chave: Pacotes hospitalares. Remuneração hospitalar. Pagamento hospitalar. *Fee for service*. Pagamento por performance. Custos da saúde.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Abstract: The rising cost of healthcare makes it imperative to adopt service remuneration models that allow health care spending to be assessed and controlled more effectively. In this sense, the present study aims to present the experience of an autarchy in the implementation of packages as a model of remuneration to service providers, supporting the decision making of managers for the sustainability of health service contracts. It is a qualitative, descriptive research, based on documentary analysis and bibliographic data. The study was initially dedicated to a literature review on payment methods in health care services; and in the second, it presents the model implemented at the Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais with an analysis of 12 hospital procedures and their prospects for financial savings. The results indicate that the adoption of packages generates cost reductions for the service payer and concludes that there needs to be a balance between the technical and financial criteria in defining the value of the package.

Keywords: Hospital payment. Fee-for-service. Health costs. Pay for performance. Payment methods.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica, o alongamento da expectativa de vida, bem como o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o incessante avanço tecnológico são alguns dos fatores que contribuem para uma tendência crescente dos custos em saúde. Esse cenário torna evidente a discussão acerca dos modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde e seus impactos na sustentabilidade do setor.

A necessidade de redesenhar a política de pagamento dos procedimentos é de relevância mundial e tem-se intensificado nas últimas décadas (OMS, 2010). O aumento progressivo dos valores pagos aos prestadores de serviços preocupa o governo e as operadoras de planos de saúde, colocando os sistemas de pagamento em posição cada vez mais crítica na política de saúde, uma vez que envolve a utilização de recursos financeiros, a melhoria da qualidade do cuidado e dos resultados em saúde.

O modelo de pagamento *Fee For Service* (FFS) ainda é o mais praticado e, por se tratar de um sistema de pós pagamento de todos os itens ofertados, pode induzir o uso excessivo de procedimentos em saúde sem, necessariamente, entregar mais qualidade assistencial (UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014). Em levantamento realizado em 2017 pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), dentre os 10 (dez) países com maior inflação médica em 2016, 6 (seis) deles praticam, predominantemente, o modelo de pagamento hospitalar do tipo *Fee For Service*. Esse dado permite inferir que os países que adotam o FFS de forma preponderante têm estimulado o setor hospitalar, gerando assim maior crescimento dos custos médico-hospitalares (IESS, 2017).

Nesse contexto, alternativas ao modelo convencional *Fee For Service* são experimentadas em diversos países, tanto na esfera pública quanto na privada, com diferentes resultados (UGÁ, 2012; CALSYN; LEE, 2012).

No Brasil, o FFS ainda é hegemônico, principalmente no setor privado. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2018, na saúde suplementar, apenas 4% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por meio de modelos de pagamento alternativos.

O modelo utilizado pelo Instituto de Previdência dos Servidores

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Militares do Estado de Minas Gerais¹ (IPSM) para remuneração dos serviços credenciados é o clássico *Fee For Service*, também chamado de “conta aberta”, que constitui na cobrança de todos os itens utilizados, item a item, com verificação da auditoria de forma retrospectiva. Dessa maneira, é permitido aos prestadores a sobreutilização de serviços, levando a glosas (não pagamento) e desgastes na relação comercial, além de não oferecer aos gestores uma previsão de custos na saúde.

Salvo a política de pagamento dos prestadores de serviços, o Instituto, assim como os demais órgãos da administração pública estadual, vinha passando por uma fase árdua em termos financeiros, em que os recursos previstos não eram repassados pelo governo de Minas Gerais na sua totalidade, gerando atrasos no pagamento dos serviços. Aliado a esse impasse, os gastos em saúde no IPSM, apesar de não atingirem as taxas de crescimento dos custos do setor, são maiores do que os demais parâmetros da economia.

Diante desse cenário, tornou-se imprescindível adotar reformas nos modelos de pagamento ao prestador, principalmente aos hospitais, no sentido de controlar e avaliar de maneira mais efetiva os gastos com assistência à saúde. Uma das estratégias aprovadas pelo IPSM para tentar frear o incremento dos gastos foi a adesão ao modelo de remuneração de procedimentos por pacote.

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a implantação do método de pagamento de pacotes de procedimentos no IPSM e, como objetivos específicos: a) verificar o potencial de eficiência dos pacotes em termos financeiros;

¹O IPSM é uma autarquia estadual vinculada à Polícia Militar que tem por finalidade a prestação previdenciária e assistência à saúde aos policiais e bombeiros militares segurados e dependentes (MINAS GERAIS, 1990).

b) analisar os cenários interno e externo à organização em relação à implantação de outro modelo de remuneração de procedimentos.

Os processos alvos dessa pesquisa são estratégicos para a instituição nos aspectos administrativo, financeiro e assistencial. A adesão de pacotes como alternativa para minimizar gastos e permitir uma melhor previsão orçamentária subsidia a alta gestão na tomada de decisão e no planejamento de ações que visem à otimização dos recursos e dos processos. E, ainda, possibilita a atuação do IPSM como protagonista na relação com os prestadores de serviços, com o objetivo de garantir a sustentabilidade do Instituto e a qualidade no atendimento aos beneficiários.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, de caráter exploratório, por meio de um estudo de caso, com a utilização de fonte documental e de dados bibliográficos. Para o embasamento teórico do tema foi feito levantamento de bibliografia e legislação relativas ao tema, bem como acerca do cenário do estudo. Recorreu-se às publicações de agências especializadas, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como as principais referências para as diretrizes relativas à remuneração baseada em valor em saúde. Ademais, utilizou-se dados provenientes de sistemas de informação e documentação interna do Instituto.

O estudo aborda a metodologia de elaboração e implantação de pacotes realizada entre agosto de 2018 e agosto de 2019. Considerando que os pacotes estudados foram disponibilizados para negociação muito recentemente (julho e agosto de 2019), ainda não foi possível fazer uma análise comparativa a partir dos resultados do novo modelo de remuneração adotado. No entanto, são apresentadas as estimativas de impacto financeiro.

Para fins de pesquisa e para resguardar processos negociais

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

estratégicos do IPSM, foram adotadas codificações em substituição à especificação do procedimento e dos prestadores de serviço admitidos como exemplos no estudo.

A avaliação do cenário do processo de implantação dos pacotes de procedimentos no IPSM foi feita com base na metodologia da Análise SWOT². A matriz SWOT é uma ferramenta para diagnóstico de conjunturas e se dá pela interseção dos pontos fortes e fracos de uma organização com as oportunidades e ameaças externas (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

O presente artigo, além desta introdução, dispõe de mais quatro capítulos. No segundo capítulo, pretendeu-se contextualizar o tema no Brasil e no mundo e apresentar os modelos de remuneração mais praticados na saúde; no terceiro, buscou-se caracterizar o IPSM enquanto cenário do estudo; no quarto capítulo, apresentou-se as etapas de elaboração dos pacotes, bem como a análise e a discussão dos processos de implementação do novo modelo de remuneração no Instituto. O capítulo cinco apresentou a etapa conclusiva do trabalho.

1 REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - UM PANORAMA

A forma de pagamento de serviços hospitalares é assunto discutido no Brasil e no mundo. Diante dos gastos crescentes, os sistemas de saúde têm buscado alternativas que desestimulem o uso indiscriminado de recursos e que permitam um maior controle dos custos.

No Brasil, a ANS vem assumindo o desafio de conduzir o debate em torno da temática, além de intermediar e alinhar, junto aos atores da saúde suplementar, a adoção de modelos baseados em

²Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças).

valor que não privilegiem somente a redução de custos.

1.1 Breve histórico da evolução dos modelos remuneratórios de serviços de saúde

De modo geral, há basicamente dois grupos de modelos de remuneração: o pagamento retrospectivo, relacionado ao volume de procedimentos realizados e à utilização de tecnologias, representado pelo Fee For Service; e o modelo prospectivo, que constitui no pagamento fixado e previamente acordado, dissociado da produção de serviços.

A política de remuneração dos prestadores baseada na produção de serviços é tema de debate desde a década de 1990, na perspectiva de melhorar os resultados em saúde e assegurar a sustentabilidade aos sistemas de saúde (UGÁ, 2012).

No documento *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, de 2001, do *Institute of Medicine* (IOM), o comitê sugere que as fontes pagadoras, tanto públicas quanto privadas, revisem seus modelos e alinhem as políticas de pagamento com melhoria de qualidade, removendo as barreiras que impedem o aprimoramento da qualidade da assistência (IOM, 2001).

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Saúde sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde, recomenda modelos alternativos ao FFS como uma maneira de reduzir a sobreutilização de serviços, por meio do compartilhamento de risco com os prestadores para limitar o desperdício na assistência (OMS, 2010).

O FFS pode induzir intervenções excessivas e desnecessárias sem evidências de benefícios e, conseqüentemente, sem contribuir para o alcance de melhores resultados em saúde. Dessa maneira, a discussão referente à forma de remuneração de prestadores de

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

serviços interfere no modelo de atenção e organização da rede de saúde e nos resultados esperados (MENDES, 2011).

Há uma tendência mundial na implantação de modelos de remuneração prospectivos como uma estratégia de controle das despesas. Em 2003, a Inglaterra adotou o modelo de pagamento por resultados no sistema público de saúde (*National Health System – NHS*). E, entre os anos de 2000 e 2009, a Alemanha, África do Sul e os Estados Unidos tiveram experiências assertivas com o modelo DRG (*Diagnosis Related Groupings*). Esses países apresentaram impacto positivo com a contração da inflação médica e redução dos custos hospitalares (IESS, 2015).

No Brasil, o setor de saúde suplementar pratica a estrutura remuneratória baseada no *Fee For Service*. Entretanto, diante da experiência internacional, é inconcebível não pensar em um modelo de pagamento diferente do que atualmente é aplicado no Brasil, pois, cada vez mais, se faz necessário buscar a eficiência na utilização de recursos do sistema de saúde.

Desse modo, a ANS criou, em 2016, o Grupo Técnico de Modelos de Remuneração (GT), com entendimento de que os modelos de remuneração podem contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e ser um mecanismo indutor da qualidade do cuidado.

Na Fase 1 do GT, a ANS compartilhou estudos sobre os principais modelos de remuneração, realçando a prática internacional e o comparativo com os modelos experimentados no Brasil, em especial na saúde suplementar. Participaram da primeira fase diversas representações da saúde suplementar como operadoras de planos privados, prestadores de serviços, entidades profissionais de saúde e indústria do setor.

Em 2017, já na Fase 2 do GT de Remuneração, houve a formação de subgrupos com o objetivo de aprofundar temas específicos e identificar estratégias para viabilizar a implementação efetiva de modelos de remuneração alternativos, centrados na melhoria da qualidade do cuidado e na sustentabilidade da saúde suplementar.

A Fase 3 teve início em abril de 2019, a qual se propôs testar os modelos de remuneração por meio de projetos-piloto. Entre os objetivos dessa nova fase destacam-se: contribuir com a viabilização da implementação de modelos de remuneração alternativos e superar os desafios desse processo.

1.2 Modelos de remuneração

O FFS é o modelo mais frequentemente utilizado na contratação de serviços de saúde. Entretanto, com a crescente crítica a essa política de remuneração, as fontes pagadoras e os prestadores de serviço têm migrado para diferentes modelos de pagamento. Neste capítulo, são abordados os modelos de remuneração mais praticados e, ao final, as vantagens e desvantagens de cada um deles serão apresentadas.

1.2.1 *Fee For Service* (FFS)

O modelo *Fee For Service* (FFS) também é conhecido como conta aberta e implica a existência de tabelas com valores estabelecidos para cada procedimento, material, medicamento, diária, taxas de sala, gases e equipamentos. O pagamento é realizado item a item de forma retrospectiva, ou seja, após a execução dos serviços.

O FFS se caracteriza pela remuneração por quantidade de produção e uma das principais críticas se dá pelo fato de que a oferta estimula a sobreutilização de serviços sem que haja necessidade para o paciente. Não há controle sobre a quantidade de serviços realizados e quanto mais são executados, maiores são

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

os valores das contas hospitalares. Assim, a atenção pode gerar intervenções inapropriadas e evitáveis, afetando os resultados e a qualidade dos serviços prestados (MILLER, 2017). Além disso, favorece o uso da alta tecnologia e requer vários mecanismos de controle e auditoria.

Apesar das considerações e distorções decorrentes do FFS, esse modelo pode ser adequado para atenção especializada, em casos específicos que apresentem baixa previsibilidade como, por exemplo, internações longas que envolvam procedimentos de alta complexidade (ANS, 2019).

Alguns países como Dinamarca, França, Holanda e Suíça têm incorporado modelos alternativos combinados com o FFS que estejam mais relacionados à qualidade. O agrupamento de vários tipos de pagamentos mostra potencial para superar a fragmentação do cuidado, levando a melhores resultados e uma desaceleração no crescimento dos gastos (OECD, 2016).

Para transpor as limitações do FFS, seria importante adotar modelos centrados no paciente com a visão em obter melhores resultados em saúde, baseados nas reais necessidades dos usuários a um custo viável para o sistema.

1.2.2 *Capitation*

No modelo *Capitation*, o prestador recebe um valor fixo para cada beneficiário assistido, pelo qual passa a se responsabilizar por todo o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados, em uma população definida, em um período de tempo especificado. Os recursos são repassados periodicamente ao prestador com base no valor *per capita* multiplicado pelo número de indivíduos a ele adscritos. Este valor individual é reajustado por risco, considerando variáveis como sexo e idade

da população. O pagamento independe da quantidade e do tipo de serviço prestado e é feito de forma prospectiva (UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014; BICHUETTI; MERE, 2016). Dessa forma, ao assumir o risco, o prestador deve gerenciar a utilização dos recursos, o que leva à necessidade de maior controle tanto por parte da operadora quanto do prestador (BALZAN, 2000).

Dentre as deficiências desse modelo de remuneração, destaca-se a dificuldade de estabelecer medidas de saúde e não de doença (ANDREAZZI, 2003) e também a possibilidade de que, com uma receita fixada por paciente, os prestadores racionem ou neguem procedimentos e serviços mais caros, mesmo os que podem levar a melhores resultados de saúde a longo prazo.

1.2.3 *Diagnosis Related Groupings (DRG)*

O modelo Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), mais conhecido como *Diagnosis Related Groupings (DRG)*, originalmente foi concebido como um sistema de classificação de pacientes com o objetivo de monitorar a utilização de serviços, bem como mensurar e avaliar o desempenho dos hospitais, subsidiando a gestão da qualidade da atenção hospitalar (NORONHA *et al.*, 2004; UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014).

O sistema tem como foco a definição de conjuntos de bens e serviços prestados aos pacientes para tratar problemas de saúde específicos. Este método de classificação dá suporte tanto à gestão econômica (custo das internações), quanto à gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados), constituindo grupos que se caracterizam homogêneos na concepção de custo.

Portanto, esse sistema se tornou base para um modelo de remuneração pautado no tipo de caso ou doença tratada por meio de um valor previamente acordado e pago prospectivamente, independentemente dos custos reais do paciente (NORONHA *et al.*, 2004; BOACHIE, 2014; BICHUETTI; MERE, 2016).

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Os pontos de questionamento desse modelo estão relacionados à classificação exaustiva do caso específico do paciente, o que demanda tempo e treinamento; à variabilidade dos custos dos diagnósticos conforme uma série de fatores como idade do paciente, gravidade do caso e patologias associadas e à possibilidade de distorções de informação e da atenção à saúde por conhecimento dos prestadores de quais são os diagnósticos mais ou menos vantajosos (ANDREAZZI, 2003).

1.2.4 Pagamento por Desempenho (P4P)

O Pagamento por Desempenho (P4P), também chamado de pagamento por performance ou compra baseada em valor, remunera os prestadores de acordo com o alcance de metas de desempenho estabelecidas que gerem qualidade. Por outro lado, autua os resultados insatisfatórios, falhas assistenciais ou o custo elevado sem melhorias de contrapartida.

O P4P é utilizado associado a outro modelo, pois estipula o pagamento conforme a performance do serviço apoiado em algum método já estabelecido, geralmente o *Capitation*, o DRG, ou até mesmo o FFS (ANS, 2019).

O pagamento por desempenho implica na mensuração e acompanhamento de indicadores de qualidade de atenção, sejam eles qualitativos ou quantitativos (UGÁ, 2012; MILLER, 2017). Tem como objetivo a redução de custos e o aumento da qualidade e efetividade dos serviços.

O modelo está sendo disseminado e implementado em vários países como Canadá, Portugal, Noruega, Austrália, França e Alemanha. Em 2012, quase dois terços dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) relataram ter pelo menos um esquema de P4P em vigor.

Eles são predominantemente encontrados na atenção primária, mas também estão se espalhando para serviços especializados e hospitais voltados para casos agudos (OECD, 2016).

Como crítica a esse modelo, autores apontam a falta de garantia da qualidade da assistência; a possibilidade de interromper o ciclo de melhorias uma vez alcançadas as metas mínimas de desempenho (CAMPBELL et al, 2009); e a manutenção da estrutura do *Fee For Service*, que neste caso só se diferencia por ser baseado no desempenho (MILLER, 2017).

1.2.5 Diária global

A diária global segue a lógica de “pacote” ou “conta fechada”, em que é estabelecido um preço fixo para um agrupamento de serviços. Esse modelo não inclui procedimentos cirúrgicos e normalmente é utilizada para casos clínicos.

Trata-se da precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, independente da patologia e engloba a maioria dos itens relacionados à internação do paciente. Na diária global, paga-se o número de diárias de acordo com a permanência do paciente e a acomodação utilizada. No entanto, os itens de alto custo, como por exemplo, órteses e próteses, são cobrados separadamente (SILVA, 2003).

Esse modelo pode levar ao aumento do número de dias de internação (UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014) ou o racionamento de serviços, ainda que necessários ou até mesmo a seleção de riscos, recusando internações de casos que tenham probabilidade de elevar o custo da internação acima do valor negociado pela diária (ANDREAZZI, 2003).

1.2.6 Procedimento gerenciado (Pacote)

O procedimento gerenciado consiste na remuneração a partir

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

da composição de um “pacote” de serviços, geralmente para procedimentos cirúrgicos. Nesse modelo, os itens e serviços (diárias, materiais, medicamentos, taxas, entre outros) previstos para realização de um determinado procedimento são agrupados e um valor único é fixado para o “pacote”.

Estabelece-se um protocolo de utilização dos recursos que deve ser seguido pelos prestadores para a maioria dos casos. Quando ocorre uma intercorrência que consome muito mais recurso do que o previsto no pacote, o prestador e a fonte pagadora negociam o pagamento do excedente, com base em justificativas técnicas (TAKAHASHI, 2011).

A auditoria das contas nesse modelo é realizada para verificar se os itens contemplados no valor do pacote foram utilizados ou se o hospital restringiu o uso de insumos e serviços com a intenção de reduzir o custo e, conseqüentemente, aumentar o lucro. Ao contrário do modelo FFS, em que a auditoria é feita a fim de detectar a sobreutilização, verificando se todos os itens cobrados realmente foram utilizados.

Essa forma de remuneração permite uma maior previsibilidade para as fontes pagadoras e divide o risco com os hospitais, pois implica em um alinhamento entre as gestões assistencial e financeira do prestador a fim de buscar a redução de perdas, desperdícios e prejuízo, sem prejudicar a qualidade da assistência. Por outro lado, podem apresentar uma tendência a engessar o conjunto de serviços, com pouca complacência diante de casos com maior complexidade. Esse modelo, normalmente não contempla ajuste por desempenho, acompanhamento de indicadores de resultado e de qualidade ou a utilização de protocolos e diretrizes clínicos baseados em evidências, tendo o eixo voltado para a redução dos custos (ANS, 2019).

1.2.7 Comparação entre os modelos de remuneração

A partir da análise das características dos modelos de remuneração apresentados, elaborou-se o Quadro a seguir a fim de servir de “constructo” analítico das vantagens e desvantagens de cada um deles.

Quadro 1 – Síntese das vantagens e desvantagens dos modelos de remuneração

Modelo de remuneração	Vantagens	Desvantagens
<i>Fee For Service (FFS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento por cada serviço prestado independente de aspectos que saiam diretamente do controle do prestador; • Pagamentos diretamente proporcionais à utilização; • Acesso aos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados; • Pode levar à sobreutilização de serviços; • Pagamento de valores inferiores ao custo para a execução de cuidados apropriados e de alta qualidade; • Não pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos; • Dificulta a estimativa de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores.
<i>Capitation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Previsibilidade do gasto para o órgão pagador; • Previsibilidade da receita para o prestador de serviço; • Redução de custos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode induzir a redução do acesso aos serviços ou a baixa qualidade, caso o valor acordado seja muito baixo; • Subprodução de serviços,

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Modelo de remuneração	Vantagens	Desvantagens
Capitation	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento da utilização dos serviços pelo médico. 	<p>já que o valor recebido pelo prestador é relacionado ao número de pessoas adstritas e não ao número de pacientes tratados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requer acompanhamento de dados estatísticos para que o modelo funcione adequadamente; • Pode gerar impacto negativo nos resultados em saúde.
Diagnosis Related Groupings (DRG)	<ul style="list-style-type: none"> • Permite auxiliar a gestão econômica e clínica dos casos; • Pressupõe a adoção de valores diferenciados caso a caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer classificação dos casos, o que é uma tarefa complexa e demorada; • Exige um sistema de informações complexo; • Pode levar à seleção de casos menos complexos; • Pode induzir o aumento das reinternações, o que sugere altas precoces, a fim de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas; • Possível atribuição de DRG que não corresponde exatamente ao perfil do paciente; • Pode levar à subutilização dos insumos e serviços com o intuito de diminuir o custo das internações.
Pagamento por Desempenho (P4P)	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da qualidade da assistência • Diminuição do risco de 	<ul style="list-style-type: none"> • Não garante a prestação de serviços apropriados, de alta qualidade e que alcancem os resultados desejados para

Modelo de remuneração	Vantagens	Desvantagens
Pagamento por Desempenho (P4P)	<p>consequências não esperadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade. 	<p>um paciente específico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamento ao prestador quando um serviço é prestado a um paciente, mesmo que não atenda ao padrão de qualidade para aquele paciente especificamente; • Não estimula a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas.
Procedimento gerenciado (Pacote)	<ul style="list-style-type: none"> • Previsão de gastos ao órgão financiador; • Previsão de receitas à unidade de saúde; • Contenção de custos pode ser alcançada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode não gerar incentivos ao bom desempenho do prestador de serviços; • Possível subutilização e seleção adversa de risco; • Responsabilização total dos prestadores pelos riscos, lucros e perdas, caso o valor acordado seja muito baixo; • Complexidade de implementação e mensuração de indicadores.

Fonte: Adaptado de ANS (2019, *on-line*³)

Todos os modelos de remuneração apontados demonstram vantagens e desvantagens, gerando distorções que podem interferir na qualidade do cuidado. Observa-se que as propostas de estrutura remuneratória ainda são insuficientes para superar todos os desafios da saúde, tendo muitas vezes o objetivo de reduzir custos.

Vencer os desafios do clássico *Fee For Service* e implementar

³http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

efetivamente modelos de remuneração que agreguem valor ainda são processos em fase de debate, embora todo empenho seja válido. A intenção não é simplesmente abolir o FFS, visto que, em alguns contextos, esse pode ser o mais adequado se utilizado de forma aprimorada (ANS, 2019). Sistemas combinados têm sido considerados na tentativa de minimizar os problemas de cada um dos modelos.

2 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS (IPSM)

Em 1911, a Caixa Beneficente da Força Pública do Estado de Minas Gerais foi criada pela Lei Estadual nº 565, a partir de uma organização de sargentos para amparo às famílias de militares falecidos. Ao longo dos anos, a Caixa Beneficente passou por várias mudanças no que diz respeito a financiamento, modelos de serviços e abrangência de benefícios até que, em 1990, foi transformada no Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais (IPSM), através da Lei nº 10.366 (MINAS GERAIS, 1990). Em 2011, o decreto nº 45.741 publica o regulamento do Instituto, regendo-o como personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira (MINAS GERAIS, 2011).

O IPSM é uma autarquia estadual e tem por finalidade a prestação previdenciária e a assistência à saúde de seus beneficiários (MINAS GERAIS, 1990). No que se refere à saúde, o Instituto oferece atenção em diversas modalidades e especialidades, contando com uma vasta rede de serviços que compõem o Sistema de Assistência à Saúde (SISAU). O SISAU é dividido em rede orgânica, que compreende as unidades próprias sob o comando das Diretorias de Saúde da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG) e do Corpo de Bombeiro Militar do Estado

de Minas Gerais (CBMMG) e rede credenciada, constituída por prestadores de serviços, pessoa física ou jurídica, contratados para a prestação de serviços de assistência à saúde, mediante aceite de tabela própria de remuneração do SISAU (PMMG-CBMMG-IPSM, 1995).

O SISAU funciona por meio de um convênio celebrado entre o IPSM, PMMG e CBMMG e não está vinculado às agências regulatórias, o que lhe confere autonomia de gestão e normatização. Possui seu próprio rol de procedimentos, taxas, materiais e medicamentos e remunera os serviços conforme tabelas com precificação exclusiva. Outra peculiaridade do sistema é a prerrogativa de que todas as ações implantadas são aprovadas pelos comandos da PMMG, CBMMG e IPSM e publicadas como Deliberações de Saúde.

A rede orgânica é remunerada pelo Instituto por meio da transferência de recursos com base em proposições orçamentárias, metas e indicadores previamente apresentados pela PMMG e CBMMG, conforme previsto nos convênios de cooperação mútua.

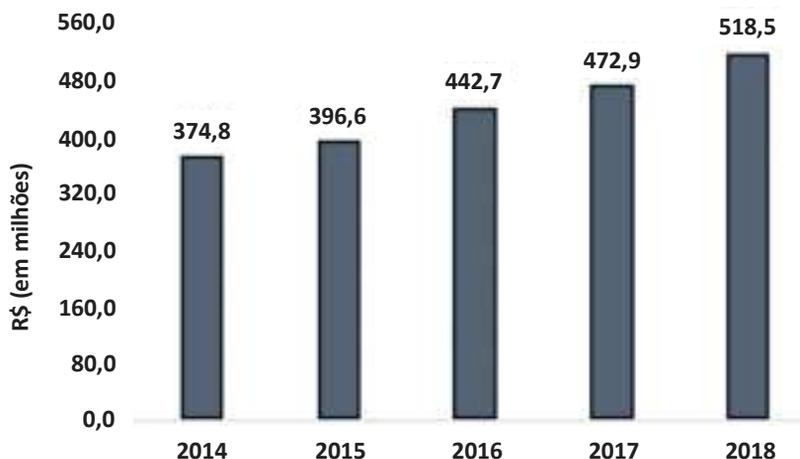
A estrutura remuneratória utilizada pelo IPSM para pagamento dos serviços da rede credenciada é tradicionalmente o *Fee For Service*. Os prestadores apresentam as contas contendo todos os itens consumidos na assistência e seus respectivos valores previamente acordados nas tabelas. Após a conferência das contas, o Instituto faz o pagamento de acordo com as quantidades verificadas, além de critérios de auditoria técnica e administrativa. Ademais, a remuneração de item a item de maneira retrospectiva do FFS não permite aos gestores uma previsibilidade orçamentária.

O custeio dos benefícios e serviços previstos pelo IPSM é

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

mantido por meio da contribuição patronal do Estado, além da arrecadação dos segurados fixada em um percentual sobre o salário dos militares, conforme previsto na Lei nº 10.366 (MINAS GERAIS, 1990). Dessa forma, os recursos são pré-estabelecidos e limitados e, portanto, não acompanham as taxas de inflação da área da saúde que geram o incremento dos custos assistenciais, conforme pode ser observado no Gráfico 1, o qual representa a evolução dos custos com saúde do IPSM de 2014 a 2018.

Gráfico 1 – Evolução dos custos com saúde no IPSM entre os anos 2014 e 2018.

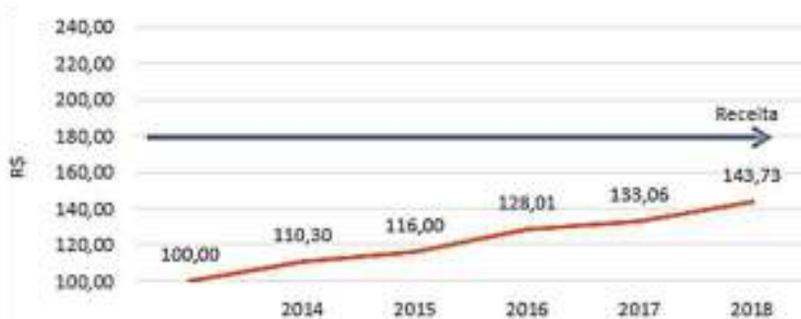


Fonte: IPSM (2019).

Os custos em saúde apresentam tendência ascendente, sendo que 2016 e 2018 foram os anos com maiores incrementos; 46,1 milhões (11,6%) e 45,6 milhões (9,6%) respectivamente, em relação aos anos anteriores.

No Gráfico 2 a seguir, foi adotado um valor inicial de R\$100,00 representando um custo base e sua evolução ao longo dos anos, frente uma receita estável.

Gráfico 2 – Receita e evolução dos custos com saúde no IPSM entre os anos 2014 e 2018.



Fonte: IPSM (2019).

Observa-se um aumento de 43,7% dos custos em 4 (quatro) anos, enquanto a receita não seguiu esse incremento. Este cenário é agravado pela crise financeira do Estado de Minas Gerais que tem prejudicado o repasse de recursos ao IPSM, determinando aos gestores buscarem alternativas para reduzir custos e garantir a sustentabilidade do Instituto.

Diante da adversidade financeira do Estado somada à necessidade de perdurar a oferta dos benefícios pelo IPSM de forma sustentável, em 2018, a alta gestão implantou um programa de reestruturação do Instituto por meio de projetos agrupados por eixos: 1) Modernização Administrativa e Tecnológica; 2) Prestação de Atendimento de Qualidade e 3) Consolidação da Gestão com Foco em Resultados. Dentre os diversos planos traçados, a implantação de pacotes de procedimentos foi desenhada visando resultado com impacto financeiro e, ainda, assegurando a qualidade assistencial ao beneficiário.

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE PACOTE NO IPSM

A adoção do novo modelo de remuneração aos prestadores de serviço de saúde credenciados ao IPSM abrangeu uma série de etapas para a elaboração dos pacotes de procedimentos, além do desenvolvimento de processos que relacionam saúde, custos, práticas de mercado e negociação.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Para o estudo de pacotes, a Diretoria de Saúde do IPSM designou uma comissão composta por médicos e enfermeiras envolvidos nos processos de regulação, auditorias prospectiva e retrospectiva e assessoria técnica em saúde.

Inicialmente, a comissão, juntamente com o Diretor de Saúde, elencou os procedimentos a serem estudados, priorizando as cirurgias segundo critérios de previsibilidade, frequência e ocorrência de glosas. Segundo Silva (2003), os pacotes constituem “Procedimentos de Preços Previsíveis”, geralmente utilizados em procedimentos de baixa complexidade, concentrando-se em cirurgias ambulatoriais e aquelas com internações de curta permanência.

3.1 Construção da metodologia de remuneração implementada no IPSM

No trabalho realizado no IPSM foram analisados 12 (doze) procedimentos cirúrgicos no período de 12 (doze) meses, a partir de valores referentes ao processamento de abril a dezembro de 2018. Esse período foi definido considerando que, em março de 2018, ocorreu uma importante reestruturação da tabela de procedimentos com a atualização de codificações e valores.

A etapa de levantamento de custos exigiu um prazo aumentado para ser realizado, pois o Instituto não dispõe de um sistema de informação que forneça uma massa de dados com o detalhamento necessário para estudos e análises em geral. Portanto, os dados obtidos do sistema de processamento de contas foram, em parte, tabulados e trabalhados manualmente em aplicações como tabelas e gráficos.

A partir da identificação dos procedimentos que são faturados em grande volume no IPSM e/ou apresentam um padrão de cobrança com baixa variabilidade nos itens utilizados, elegeu-se o procedimento “*cirurgia A*” como o primeiro a ser transformado em pacote.

Para descrever o desenvolvimento do trabalho, a “*cirurgia A*” será utilizada como forma de exemplificação do processo.

A partir do desarquivamento de contas faturadas para a “*cirurgia A*” realizadas após abril de 2018 por diferentes credenciados, foi possível verificar todos os insumos, medicamentos, taxas e honorários profissionais utilizados na assistência ao paciente. Utilizou-se uma planilha eletrônica para estratificar cada item cobrado e identificar aqueles mais frequentemente utilizados pela maioria dos prestadores.

Além do levantamento das contas faturadas, utilizou-se um manual técnico da especialidade médica e, ainda, o parecer de médico especialista do Hospital da Polícia Militar (HPM), a fim de embasar a estruturação de um gabarito técnico contendo todos os itens necessários para a cirurgia em questão. Assim, os itens foram codificados e valorados conforme as tabelas de honorários profissionais; órteses, próteses e materiais; serviços hospitalares e medicamentos do SISAU, somando um valor final de R\$2278,60 (dois mil, duzentos e setenta e oito reais e sessenta centavos).

Os eventos identificados como complicação clínica ou cirúrgica foram excluídos da análise, já que extrapolam o padrão esperado para o procedimento, gerando mais gastos.

Paralelamente, foi estruturado um banco de dados dos procedimentos cirúrgicos processados no período de abril a dezembro de 2018. Essa massa de dados, extraída das bases do Sistema de Administração de Assistência à Saúde (SMAH) do IPSM, representa uma amostra de contas passível de análise, nas quais constam a discriminação dos prestadores, os custos dos honorários médicos desvinculados dos custos de serviços hospitalares, a quantidade e o tipo de diárias (Tabela 1). Importante pontuar que os dígitos obtidos correspondem aos valores finais das contas após a conferência das auditorias técnica e administrativa.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Tabela 1 - Modelo de levantamento de custos de procedimentos faturados.

CREDEN- CIADO	DIARIAS	SERV HOSPI- TALARES	CUSTOS HOS- PITALARES	HONORA- RIOS	TOTAL
X		R\$ 2.624,91	R\$ 2.624,91	R\$ 1.501,27	R\$ 4.126,18
X		R\$ 2.566,89	R\$ 2.566,89	R\$ 1.501,27	R\$ 4.068,16
X		R\$ 2.566,89	R\$ 2.566,89	R\$ 1.501,27	R\$ 4.068,16
Y	R\$ 83,28	R\$ 2.906,40	R\$ 2.989,68	R\$ 1.501,27	R\$ 4.490,95
Y	R\$ 83,28	R\$ 2.847,23	R\$ 2.930,51	R\$ 1.501,27	R\$ 4.431,78
Y	R\$ 83,28	R\$ 2.844,00	R\$ 2.927,28	R\$ 1.501,27	R\$ 4.428,55
Y	R\$ 83,28	R\$ 2.812,14	R\$ 2.895,42	R\$ 1.501,27	R\$ 4.396,69
W		R\$ 2.591,92	R\$ 2.666,87	R\$ 1.501,27	R\$ 4.168,14
W		R\$ 2.591,92	R\$ 2.666,87	R\$ 1.501,27	R\$ 4.168,14
Z		R\$ 1.978,13	R\$ 1.978,13	R\$ 1.501,27	R\$ 3.479,40
Z		R\$ 1.977,66	R\$ 1.977,66	R\$ 1.501,27	R\$ 3.478,93
T		R\$ 2.374,87	R\$ 2.374,87	R\$ 1.501,27	R\$ 3.876,14
T		R\$ 2.141,31	R\$ 2.141,31	R\$ 1.501,27	R\$ 3.642,58

Fonte: IPSM (2019).

Como pode ser visto na Tabela 1, o custo hospitalar se dá pela soma dos valores das diárias e dos serviços hospitalares, que por sua vez são compostos por taxas, materiais, medicamentos, gases e outros.

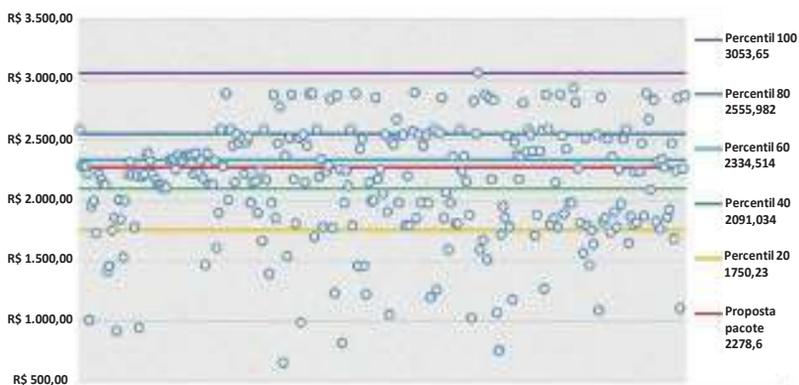
Optou-se por excluir os honorários médicos do estudo de pacote, devido ao entendimento de que o profissional executante, ou seja, o médico é remunerado pelo ato, conforme a tabela própria do IPSM e esse pagamento tem a destinação específica para o profissional e não para a instituição. Portanto, o pacote foi elaborado contemplando os serviços hospitalares, taxas, gases, materiais e medicamentos.

Definiu-se que nos casos de intercorrência, o faturamento será no modelo convencional de conta aberta, item a item. Essa

diretriz evita uma das limitações do pacote relacionada a pouca flexibilidade para os casos complexos.

Para a análise dessa seleção de contas, foi utilizado um gráfico de dispersão associado a medidas de percentis, por meio do qual foi possível visualizar em qual faixa de valor as contas se concentravam e a qual percentil esses valores se relacionavam, demonstrando o padrão de cobrança de cada prestador (Gráfico 1). As medidas de percentil foram utilizadas como parâmetro objetivo no direcionamento das propostas de valor de pacote e na definição da precificação final.

Gráfico 3 – Modelo de gráfico de dispersão de contas por valor e medidas de percentil



Fonte: IPSM (2019).

No gráfico é possível visualizar simulações de valor para o pacote e avaliar em qual percentil ele se localiza, permitindo a análise do posicionamento do pacote em relação aos valores pagos aos prestadores atualmente. Além do gráfico de dispersão, a elaboração de uma planilha dinâmica (Tabela 2) contendo os prestadores que realizam o procedimento e suas respectivas localidades, quantidade de eventos e a representatividade do serviço em termos de volume e custo médio dos serviços hospitalares possibilitou, também, prever o impacto do pacote

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

na rede de serviços frente o compartilhamento de risco com cada prestador e sua relevância na rede credenciada.

Tabela 2 – Modelo de planilha dinâmica da quantidade de procedimento e valor dos custos hospitalares por prestador

CRE-DEN-CIADO	MUNICÍPIO	QUAN-TIDADE	REPRESENTA-TIVIDADE	VALOR TOTAL CUSTOS HOSPITALARES	VALOR MÉDIO CUSTOS HOSPITALARES
X	BELO HORIZONTE	115	13,06%	287.607,39	2.500,93
Y	BELO HORIZONTE	89	11,55%	254.523,43	2.859,81
W	JUIZ DE FORA	66	7,63%	168.047,42	2.546,17
Z	GOVERNADOR VALADARES	30	2,66%	58.557,96	1.951,93
T	UBERABA	18	1,72%	37.799,71	2.099,98

Fonte: IPSM (2019).

No caso da “*cirurgia A*”, escolhido como objeto de primeiro estudo, observou-se que a maioria das contas se concentrava numa faixa de valores próximos ao valor obtido na estratificação do gabarito técnico, portanto na maioria das contas havia cobrança de itens necessários ao procedimento. Essa informação validou a análise do gráfico de dispersão associado à planilha de prestadores como uma metodologia viável, uma vez que demanda um tempo menor para elaboração e permite ter um panorama dos valores atuais que são pagos pelo procedimento, além de uma análise de cenário que inclui valores cobrados por

prestador e sua representatividade na rede.

Para última análise, foi realizado *Benchmarking* de operadoras de saúde de relevância no mercado do Estado de Minas Gerais, além do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), autarquia semelhante ao IPSM. Assim, foram inseridos os valores de pacote praticados pelas instituições para a “*cirurgia A*”, para fins de comparações financeiras.

A partir desse arsenal de informações, a Comissão apresentou à Diretoria o valor de R\$2278,60 (dois mil e duzentos e setenta e oito reais e sessenta centavos) como proposta de precificação do pacote, bem como toda a metodologia estruturada para estudo. Finalmente, de posse das informações explanadas pela equipe, a alta gestão do Instituto acrescentou à avaliação, aspectos negociais e estratégicos da rede de serviços para fundamentar a valoração final do pacote. Diante desses critérios comerciais e da análise comparativa com os valores praticados no mercado, foi deliberado, administrativamente, um valor de R\$1427,00 (Um mil quatrocentos e vinte sete reais) para o pacote referente à “*cirurgia A*”.

Nota-se que o valor estipulado está distante do valor sugerido pela comissão que se baseou na estratificação dos itens a partir de estudo técnico do procedimento, bem como na faixa de valor onde concentra a maior parte das contas abertas. Assim, a comissão de pacotes ponderou que o valor estabelecido poderia impactar na assistência ao beneficiário além de dificultar as negociações e aceitação por parte dos prestadores. No entanto, os gestores decidiram levar em frente o valor deliberado, visto que um dos principais credenciados já havia se manifestado favorável ao preço estabelecido. Ademais, a aceitação ou não do pacote poderia abrir uma oportunidade para rever a rede credenciada quanto à disposição em seguir uma tendência na área da saúde que visa à sustentabilidade do sistema. A estimativa do impacto financeiro decorrente da adoção do

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

pacote foi calculada a partir da comparação entre o valor total do custo hospitalar atualmente pago para um determinado número de procedimentos e o montante total considerando o valor do pacote para a mesma quantidade de eventos. Para a “*cirurgia A*”, foi projetada uma economia de R\$737.272,35 (Setecentos e trinta sete mil e duzentos e setenta dois reais e trinta e cinco centavos) tendo em conta 1027 eventos considerados inicialmente no estudo (Tabela 3).

Tabela 3 – Estimativa de impacto financeiro dos pacotes estudados

Pacote	Número de eventos	Estimativa de Impacto (Economia em R\$)
"Cirurgia A"	1.027	737.272,35
"Cirurgia B"	84	20.156,91
"Cirurgia C"	69	59.005,17
"Cirurgia D"	229	179.884,67
"Cirurgia E"	35	31.086,45
"Cirurgia F"	143	-26.105,54
"Cirurgia G"	694	29.470,60
"Cirurgia H"	61	104.634,37
"Cirurgia I"	92	89.852,47
"Cirurgia J"	88	197.397,70
"Cirurgia K"	15	2.201,06
"Cirurgia L"	155	42.867,39

Fonte: IPSM (2019).

Dentre os pacotes relacionados, a “*cirurgia F*” foi a única que apresentou impacto financeiro negativo, ou seja, aumento de custos. Isso decorre de uma conjuntura nacional de escassez de profissionais médicos em 2013 que gerou uma demanda reprimida por atendimento em determinada especialidade médica. Esse cenário levou o IPSM a uma negociação excepcional de um valor acima do praticado no Instituto, o que inviabilizou a

estipulação de um valor mais baixo que condizia com a sugestão da Comissão.

O modelo de remuneração por pacote reduz custos, permite uma maior previsibilidade para as fontes pagadoras e o compartilhamento de risco com os prestadores de serviço. Além de ser uma forma de simplificar o processo de faturamento e praticamente eliminar os conflitos do sistema de cobrança e pagamento. Entretanto, Silva (2003) faz uma crítica referente à formatação dos pacotes, a qual deveria se basear em conhecimentos técnicos, mas a área administrativa acaba se baseando num valor médio. Outro ponto de análise advém da visão focada fundamentalmente na redução de custos e não na melhoria do valor ao cliente final (OKAZAKI, 2006).

3.2 Ferramentas da metodologia

Durante a construção do método, a comissão criou algumas ferramentas visando sistematizar o estudo de pacotes, como as tabelas e gráficos apresentados no presente capítulo.

Uma vez estabelecida a metodologia que utiliza o Gráfico de dispersão de contas (Gráfico 2) e a Planilha dinâmica de representatividade dos prestadores (Tabela 2) para o estudo de pacotes, foi padronizado um Formulário de Avaliação de Pacotes no qual são registradas as informações sobre a demanda para o estudo: procedimento, serviço solicitante, necessidade interna do Instituto, data de entrada, parecer da Comissão, parecer da Diretoria. E, ainda, a fim de uniformizar o curso das solicitações de pacote e agilizar o início dos estudos, foi confeccionado um fluxograma contemplando as etapas e as instâncias desde o recebimento do pedido até a publicação do pacote em Deliberação de Saúde.

A implantação do novo modelo remuneratório, apesar de ser

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

vantajoso em trazer facilidade operacional no processo de faturamento e pagamento mediante o agrupamento de itens, implicou em uma série de adaptações do sistema de informação e processamento vigente no Instituto. Tal sistema já não atende a capacidade e os processos do IPSM e as melhorias necessárias dependem da disponibilidade da empresa prestadora de serviço responsável pelo *software*.

O pacote da “*cirurgia A*”, exemplificado nesse estudo, foi disponibilizado aos prestadores no final do mês de julho e verificou-se o faturamento de contas já configuradas no novo modelo de remuneração, porém o volume de eventos ainda é incipiente para avaliar o impacto do pacote e seus desdobramentos.

A metodologia aqui apresentada foi aplicada em outros 11 (onze) procedimentos cirúrgicos, além da “*cirurgia A*”. Em alguns procedimentos estudados, as contas apresentaram um comportamento muito difuso no gráfico de dispersão, o que dificultou identificar uma faixa de valor e percentil como referência. Nesses casos, a análise do valor médio dos prestadores com maior representatividade e os parâmetros de mercado tiveram mais relevância para a definição do valor do pacote.

Os pacotes estudados foram publicados em deliberação de saúde em julho e agosto de 2019 e disponibilizados para negociação com os prestadores de serviços credenciados no SISAU. Novamente, para alguns pacotes, foram definidos valores significativamente mais baixos do que os propostos pela Comissão, o que pode causar dificuldades na contratualização.

3.3 Análise SWOT

A análise estratégica foi realizada por meio da matriz SWOT, segundo quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). A avaliação situacional a partir da matriz SWOT é uma ferramenta muito utilizada na gestão e no planejamento estratégico e, de acordo com Chiavenato e Sapiro (2003), a metodologia é baseada no cruzamento das oportunidades e as ameaças externas à organização com seus pontos fortes e fracos. Dentro do método, relacionaram-se as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo, considerando a rede de prestadores credenciados e o mercado em saúde, com as forças e fraquezas mapeadas no ambiente interno do Instituto. A partir da SWOT buscou-se verificar a situação e a posição estratégica do pacote para o IPSM no ambiente em que atua.

Quadro 2 – Matriz SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> •Otimização de recursos dispendidos para pagamento de credenciados; •Previsão orçamentária; •Regulação mais eficiente; •Facilidade operacional na auditoria e processamento das contas; •Redução dos custos em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •Sistema de informação pouco flexível, que demanda grandes adaptações e prazos extensos para as melhorias; •Definição de valores de pacotes abaixo dos valores propostos pela equipe técnica, gerando desgastes comerciais e exigindo ajustes posteriores.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">•Estratégia de negociação;•Redução de desperdício de insumos e excesso de intervenções;•Melhoria da qualidade da assistência;•Facilidade e satisfação dos prestadores com o processo de faturamento;•Reestruturação da rede contratada, a partir do credenciamento ou manutenção de prestadores favoráveis ao pacote e descredenciamento de outros desfavoráveis.	<ul style="list-style-type: none">•Falha no repasse de recursos pelo governo estadual;•Não aceitação do pacote por parte dos serviços credenciados;•Não renovação do contrato de prestadores que não aderirem ao pacote;•Suspensão de atendimento por prestadores desfavoráveis ao pacote.

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito às considerações indicadas como ameaças, aqueles referentes à não adesão do pacote por parte dos prestadores, podem ser consideradas consequências de uma fragilidade interna, também apontada no quadro, relacionada à definição de baixos valores de pacote com foco na redução de custos. Essa ameaça pode ser contornada ou, ao menos, diminuída por meio da definição de valores de pacotes baseados em protocolos técnicos.

A suspensão de atendimento por prestadores que não acatarem ao modelo pacote pode ser considerada uma ameaça grave se não houver outros credenciados que supram a demanda de serviços, ocasionando prejuízo na assistência aos beneficiários.

Já a falha no repasse de recursos pelo governo do Estado, o IPSM não tem governabilidade sobre a questão, porém a gestão do Instituto tem tomado providências internas com o intuito de otimizar os recursos disponíveis.

4 CONCLUSÃO

A metodologia apresentada para a elaboração de pacotes é viável e admissível para a realidade do Instituto, uma vez que as ferramentas elaboradas possibilitam a organização de dados e a construção de informações que subsidiam a tomada de decisão dos gestores. O modelo também se alinha com as diretrizes da alta gestão na busca pela otimização de recursos, por meio das estimativas de impacto financeiro com perspectiva de redução de custos.

A metodologia de elaboração dos pacotes no IPSM permitiu aos gestores do Instituto conhecerem de forma mais detalhada os custos de cada procedimento estudado e avaliar o panorama da rede de prestadores em termos de representatividade e impacto dos pacotes.

Os valores de pacotes estabelecidos administrativamente, baseados em preços que remuneram os procedimentos no limite, com foco na redução de custos, divergiram das sugestões da equipe técnica da comissão, sendo deliberados valores abaixo da proposta baseada em critérios clínicos. Essa conduta pode dificultar as negociações ou comprometer a qualidade da assistência, gerando desgastes para o Instituto, prestadores de serviço e beneficiários.

Apesar das limitações dos pacotes, é válido destacar a iniciativa do IPSM em implementar um modelo de remuneração alternativo ao FFS que, por sua vez, já não atende à realidade dos sistemas de saúde. Os pacotes constituem uma estratégia adotada pelo

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

IPSM com o objetivo de otimizar os recursos e a assistência em saúde aos seus beneficiários, visando a manutenção dos benefícios ofertados. Além disso, é uma oportunidade de renovar as parcerias com os prestadores dentro de uma visão de compartilhamento de risco e de sustentabilidade para toda a cadeia de saúde.

A adoção de novos modelos de remuneração é desafiadora diante de um contexto em que as relações contratuais entre a fonte pagadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde consistem num ponto de conflito, especialmente no que se refere às questões remuneratórias contratualizadas.

A remuneração em saúde requer equilíbrio na utilização de critérios técnicos e financeiros, aspirando bons resultados em saúde para os pacientes e custos adequados em todo o ciclo de cuidado. Assim, sugere-se avaliar a possibilidade da utilização de modelos de remuneração baseados em valor, com foco na melhoria da qualidade da assistência e no alcance de bons resultados em saúde para os pacientes, nos quais a redução dos gastos seria consequência da eficiência assistencial.

Ainda nessa perspectiva, é necessário inserir o próprio beneficiário no contexto de desenvolvimento sustentável do Instituto, com o entendimento de que é preciso conscientizá-lo sobre os custos efetivos dos serviços que utilizam e torná-lo também agente responsável pelo o que lhe é ofertado.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M.F.S. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. In: IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto**

para Discussão 1006. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

BALZAN, M.V. **O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares.** Dissertação de Mestrado apresentada para o curso de pós-graduação da EAESP-FGV. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4716/1200000513.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 nov. 2019.

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. **Modelos de Remuneração na Saúde.** Harvard Business Review Brasil, 2016. Disponível em: <http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude>. Acesso em: 29 ago. 2019.

BOACHIE, M. K. Healthcare Provider - Payment Mechanisms: A Review of Literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport.** v. 2, n. 2, pp. 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>. Acesso em: 02 set. 2019.

CALSYN, M., LEE, E. O. **Alternatives to Fee-for-Service payments in health care. Moving from Volume to Value.** Center for American Progress. 2012. Disponível em: <https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/2012/09/FeeforService-1.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

CAMPBELL, S.M *et al.* **Effects of pay for performance on the quality of primary care in England.** N Engl J Med 2009.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0807651?articleTools=true>. Acesso em: 09 set. 2019.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações**. 1ª ed. 13ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

IESS. **Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares**. Texto para Discussão nº 54. 2015. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/2c54hdmsw04htt2a.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

IESS. **Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar**. Textos para Discussão nº 64. 2017. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/dt_modelo_pagamento_revisado.pdf. Acesso em: 04 set. 2019.

IOM. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>. Acesso em: 07 set. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em 07 set. 2019.

MILLER, H. D. **Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It. Creating a Patient-Centered Payment**

System to Support Higher-Quality, More Affordable Health

Care. Center for Healthcare Quality & Payment Reform. 1 ed. 2017. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/WhyVBPIsNotWorking.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.741**, de 22 de setembro de 2011. Contém o Regulamento do Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Disponível em: http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/decretos/decreto_45741.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

MINAS GERAIS. **Lei nº 10.366**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais – IPSM -Disponível em: http://www.ipism.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/legislacao/leis/lei_10366.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

NORONHA, M.F *et al.* Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, pp. 242-255, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2019.

OECD. **Better Ways to pay for Health Care.** OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, 2016. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

OKAZAKI, R. Identificações de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São Paulo.

Dissertação de Mestrado apresentada para o curso de pós-graduação da EAESP-FGV, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2335/57659.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR POR PACOTE NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Acesso em: 12 set. 2019.

OMS. **Financiamento dos sistemas de saúde**. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS, 2010 - Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 ago. 2019.

PMMG-CBMMG-IPSM. **Plano de Assistência à Saúde (PAS)** - Resolução 07/1995. Dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde para a Polícia Militar do estado de Minas Gerais (PMMG) e Instituto de Previdência dos servidores Militares do Estado de Minas Gerais. Disponível em: http://www.ipsm.mg.gov.br/arquivos/legislacoes/resolucoes/resconj_07_1995.pdf. Acesso em: 04 jul. 2019.

SILVA, A.A. Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro, MS, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

TAKAHASHI, A. C. D. **Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2011. Disponível em: https://fgvsaude.fgv.br/sites/fgvsaude.fgv.br/files/dissertacao_ana_claudia1.pdf. Acesso em: 11 set. 2019.

UGÁ, M.A.D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, pp. 3437-3445. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.