

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO “PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY”

UNIGRANRIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

Mestrado em Administração

Luana Carla de Paula Scuto

**ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA:
VISÃO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO CREDENCIADOS À UMA
OPERADORA DE SAÚDE**

Rio de Janeiro

2021

LUANA CARLA DE PAULA SCUTO

**ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA:
VISÃO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO CREDENCIADOS À UMA
OPERADORA DE SAÚDE**

Dissertação será apresentada à Universidade do Grande Rio ‘‘Prof. José de Souza Herdy’’, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Administração.

Área de concentração: Estratégia e Governança

Orientadora: Deborah Zouain

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

Scuto, Luana Carla de Paula

Análise dos modelos de remuneração médica: Visão dos médicos do Rio de Janeiro credenciados à uma operadora de saúde. Luana Carla de Paula Scuto - 2021.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade do Grande Rio “Prof. Jose de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, Rio de Janeiro, 2021.

“Orientadora: Prof^a. Deborah Zouain”.

1. Administração. 2. Discursos. 3. Modelos de Remuneração Médica. I. Zouain, Deborah.
II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

**ANÁLISE DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA:
VISÃO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO CREDENCIADOS À UMA
OPERADORA DE SAÚDE**

Dissertação será apresentada à Universidade do Grande Rio ‘‘Prof. José de Souza Herdy’’, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Administração.

Área de concentração: Estratégia e Governança

Orientadora: Deborah Zouain

Aprovada em ____ de _____ de ____.

Banca Examinadora

Prof. Deborah Zouain (Orientadora)
UNIGRANRIO

Prof. Josir Simeone Gomes
UNIGRANRIO

Prof. Dr.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha avó Francisca. Não posso deixar de agradecer ao Carlos Eduardo, que esteve ao meu lado nos últimos anos, me apoiando e incentivando na vida pessoal e profissional. Gratidão!

Aos colegas de Mestrado, Aline Dias, Karen Ferreira, José Faillace, Tatiana Farias e Theodomiro Rodrigues trazendo o nosso bordão: “Ninguém larga a mão de ninguém”.

Agradeço aos amigos mais próximos e mais distantes, àqueles a quem vejo sempre e os que quase nunca vejo, certamente tem um pouco de cada um de vocês nestas linhas, como há em mim.

Agradeço a todos os professores que tive a oportunidade de ser aluna, ser professor no Brasil não é fácil.

E um especial, nada menos importante, agradeço a mim e a Deus, por não desistir de um sonho muito distante, com todas as barreiras e dificuldades que a vida apresenta.

RESUMO

O aumento das despesas assistências, administrativa e operacionais nas operadoras de saúde no Brasil cresceu nos últimos anos. O Rio de Janeiro, é o segundo maior estado com beneficiários de planos de assistência médica no Brasil. Diante desse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS 2019) apresentou um estudo para implementação de modelos de remuneração. Este artigo tem como objetivo, identificar qual o modelo de remuneração, em que os médicos credenciados à uma operadora de saúde, consideram padrão de excelência para receber seus honorário médicos.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Hospitais, Modelo de Remuneração e Plano de Saúde.

Abstract

The increase in assistance, administrative and operational expenses in healthcare operators in Brazil has grown in recent years. Rio de Janeiro is the second largest state with beneficiaries of health care plans in Brazil. Given this scenario, the National Supplementary Health Agency (ANS 2019) presented a study for the implementation of remuneration models. This article aims to identify the remuneration model in which physicians accredited to a health care provider consider the standard of excellence to receive their medical fees.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil - 2010-2019)

Figura 2: Valor Comercial Médio, Faixa Etária 44 a 48 anos, Contratação Individual, Cobertura “Ambulatorial + Hospitalar”, por Unidade da Federação, Dezembro de 2015 - Brasil

Figura 3: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020)

Figura 4: Beneficiários em planos de assistência médica (Abril de 2019 x Abril de 2020)

Figura 5: Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação

Figura 6: Mapa de Recursos Próprios da Unimed no Rio de Janeiro

Figura 7: Operadoras com Beneficiários (Brasil 2010-2021)

Figura 8: Percentual de reajuste aplicado sobre o IPCA

Figura 9: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Fee For Service

Figura 10: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo desempenho ou P4P

Figura 11: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Capitation

Figura 12: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Orçamentação

Figura 13: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo DRG

Figura 14: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Assalariamento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Preço dos Equipamentos de Proteção Individual durante o COVID 19

Gráfico 2: Modelo de remuneração médica existente

Gráfico 3: Modelo de remuneração que as operadoras de saúde utilizam para pagar seus honorários médicos

Gráfico 4: Modelo de remuneração utilizado pelas operadoras de saúde

Gráfico 5: Impacto do modelo de remuneração no atendimento do paciente

Gráfico 6: Glosas aplicadas

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização do Problema	11
1.2 Pergunta da Pesquisa	13
1.3 Objetivo Geral	13
1.4 Objetivo específico.....	14
1.5 Delimitação do trabalho	14
1.6 Relevância do Trabalho	16
1.7 Organização Geral do Trabalho	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Operadoras de saúde	16
2.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):.....	20
2.2.1 Reajuste dos prestadores de serviços de saúde.....	21
2.3 Modelo de Remuneração Médica:	23
2.4 Os impactos do COVID 19 na saúde suplementar:	31
3. METODOLOGIA	32
3.1 Delimitação dos sujeitos.....	33
3.2 Seleção dos sujeitos	33
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
6. REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O conteúdo apresentado nesta dissertação, tem como principal objetivo identificar qual o modelo de remuneração, em que os médicos credenciados à uma operadora de saúde, consideram padrão de excelência para receber seus honorários médicos.

Neste documento, vamos apresentar o que é operadora de saúde, qual a importância da Agência Nacional de Saúde (ANS) e quais foram os impactos que a pandemia do COVID 19, trouxeram para as operadoras de saúde, fazendo uma interface com os modelos de remuneração existentes.

Em razão das novas tecnologias e insumos inseridos na área médica, a expectativa de vida da sociedade cresceu nos últimos anos. De acordo com os dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2020), podemos verificar o aumento das despesas assistências, administrativas e operacionais nas operadoras de saúde no Brasil.

Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil - 2010-2019)

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2010	74.539.331.508	18.145.790.904	59.711.429.527	12.338.786.866	2.322.414.750	12.494.352.603
2011	84.821.575.963	19.750.658.043	68.864.809.673	13.204.508.561	2.745.924.331	14.154.092.321
2012	95.853.680.339	20.360.813.441	80.112.826.811	14.261.625.566	3.152.901.509	13.682.829.619
2013	109.927.620.595	14.910.319.352	90.925.302.328	15.017.643.463	3.501.861.811	14.132.771.296
2014	127.777.444.503	14.910.944.501	106.496.081.722	16.816.617.032	4.172.816.917	15.048.990.235
2015	144.701.906.083	15.333.832.284	120.119.877.388	17.830.659.710	4.839.088.798	16.111.089.254
2016	163.246.294.916	17.240.240.037	137.123.914.097	19.372.921.338	5.384.362.883	17.946.513.808
2017	180.893.859.503	17.028.477.006	150.583.574.465	20.176.363.171	5.455.991.738	18.025.945.719
2018	197.438.238.418	13.268.654.502	161.469.397.459	20.578.358.346	5.924.588.751	16.236.544.754
2019	213.457.018.559	12.738.781.354	174.539.061.631	21.540.715.476	6.503.128.793	16.293.459.922

Fontes: DIOPS/ANS/MS – 11/05/2020

Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Somente a partir de 2007, as operadoras da modalidade Autogestão passaram a enviar obrigatoriamente informações financeiras, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras.

Figura 1 - Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil - 2010-2019)

Para equalizar e garantir a saúde financeira das operadoras de saúde, esse custo acaba sendo repassado para os beneficiários dos planos privados de saúde.

Valor Comercial Médio, Faixa Etária 44 a 48 anos, Contratação Individual, Cobertura “Ambulatorial + Hospitalar”, por Unidade da Federação, Dezembro de 2015 - Brasil

	UF		Valor Comercial Médio	Posição em 2014	Varição percentual entre 2015 e 2014	Mudança de Posição com relação ao Ano Anterior
1	São Paulo	SP	R\$ 423,41	1	18,0%	0
2	Minas Gerais	MG	R\$ 441,91	2	18,2%	0
3	Rio de Janeiro	RJ	R\$ 525,56	4	13,1%	1
4	Goiás	GO	R\$ 525,92	3	15,7%	-1
5	Piauí	PI	R\$ 552,83	10	6,2%	5
6	Paraná	PR	R\$ 563,69	8	9,7%	2
7	Rio Grande do Sul	RS	R\$ 570,42	5	14,1%	-2
8	Bahia	BA	R\$ 570,92	7	13,4%	-1
9	Pernambuco	PE	R\$ 595,53	6	19,1%	-3
10	Maranhão	MA	R\$ 595,77	21	3,0%	11
11	Santa Catarina	SC	R\$ 603,29	9	16,0%	-2
12	Mato Grosso	MT	R\$ 618,40	14	13,8%	2
13	Alagoas	AL	R\$ 622,04	12	15,0%	-1
14	Sergipe	SE	R\$ 623,09	13	15,1%	-1
15	Espírito Santo	ES	R\$ 625,62	18	12,2%	3
16	Ceará	CE	R\$ 625,68	27	-3,1%	11
17	Mato Grosso do Sul	MS	R\$ 630,79	11	17,4%	-6
18	Rio Grande do Norte	RN	R\$ 636,46	16	15,9%	-2
19	Paraíba	PB	R\$ 646,54	17	17,5%	-2
20	Acre	AC	R\$ 649,93	19	12,9%	-1
21	Rondônia	RO	R\$ 655,22	25	8,6%	4
22	Tocantins	TO	R\$ 684,76	15	25,6%	-7
23	Amapá	AP	R\$ 690,28	20	19,9%	-3
24	Distrito Federal	DF	R\$ 692,52	26	14,5%	2
25	Pará	PA	R\$ 695,00	22	18,9%	-3
26	Amazonas	AM	R\$ 704,17	23	18,1%	-3
27	Roraima	RR	R\$ 706,78	24	17,7%	-3

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 27/06/2016, 10:00)

Nota: Média simples excluindo extremos.

Figura 2: Valor Comercial Médio, Faixa Etária 44 a 48 anos, Contratação Individual, Cobertura “Ambulatorial+Hospitalar”, por Unidade da Federação, Dezembro de 2015 - Brasil

Verifica-se que em 2015, o estado do Roraima possui o maior ticket médico para contratação de um plano de saúde.

Conforme os dados disponibilizados pela ANS, em 2019, no Brasil tínhamos mais 47 milhões de usuários no Brasil.

Dados Gerais

Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez /2010	44.937.350	14.514.074
Dez /2011	46.025.814	16.669.935
Dez /2012	47.846.092	18.538.837
Dez /2013	49.491.826	19.561.930
Dez /2014	50.531.748	20.081.836
Dez /2015	49.268.428	20.850.833
Dez /2016	47.623.378	21.203.401
Dez /2017	47.084.648	22.383.591
Dez /2018	47.082.841	24.240.891
Dez /2019	47.038.244	25.822.928
Mar /2020	47.107.809	25.960.519

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS
Dados atualizados até 03/2020

Figura 3: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020)

A resolução normativa - RN 363, de 11 de dezembro de 2014, estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2014) determina que, a operadora do plano de saúde deve reajustar seus prestadores de serviços de atenção à saúde anualmente. O reajuste deve ser aplicado da data no aniversário do contrato, e é aceitável a livre negociação como forma de reajuste, porém, isso deve ocorrer nos primeiros noventa dias corridos do ano. A contagem inicia-se partir do primeiro dia de janeiro de cada ano. (Takahashi, 2011, p.66) Identificou-se que, no mercado de saúde suplementar em São Paulo, a predominância do modelo de remuneração hospitalar é o fee-for-service. Qual será modelo de remuneração hospitalar que mais atende às expectativas e nível de satisfação dos médicos credenciados a uma operadora de saúde no Rio de Janeiro?

1.2 Pergunta da Pesquisa

Quais os modelos de remuneração utilizados pelos planos de saúde que mais atendem às expectativas e nível de satisfação dos médicos credenciados no Rio de Janeiro?

1.3 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo geral, identificar qual o modelo de remuneração, em que os médicos credenciados em uma operadora de saúde, consideram padrão de excelência para receber seus honorários médicos.

1.4 Objetivo específico

Como objetivo específico, a autora pleiteia:

- Identificar qual o modelo de remuneração que predomina nas operadoras de saúde.
- Expor quais as diretrizes técnicas da Agência Nacional de Saúde para remuneração.
- Apresentar os pontos fortes e fracos de cada modelo de remuneração.
- Verificar se modelo que a operadora de saúde prática possui impacto no atendimento do paciente.

1.5 Delimitação do trabalho

A autora escolhe prestadores de serviços à saúde (médicos) credenciados em às operadoras de saúde no Rio de Janeiro, nos dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2020). o Rio de Janeiro é o segundo estado no Brasil, com a maior quantidade de beneficiários em planos de assistência médica, ou seja, 11% da população que possui um plano de saúde. O estado de São Paulo, lidera o ranking, com 36,4% de beneficiários (Figura 4).

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	abr/19	abr/20	abr/19	abr/20
Acre	41.985	42.620	14.704	15.511
Alagoas	370.154	365.786	273.503	269.444
Amazonas	511.295	528.575	407.343	448.369
Amapá	67.973	64.297	43.728	45.318
Bahia	1.581.734	1.577.792	1.488.504	1.496.295
Ceará	1.281.010	1.261.193	954.684	983.950
Distrito Federal	890.527	907.165	546.563	592.019
Espírito Santo	1.102.705	1.110.455	497.877	516.692
Goiás	1.134.513	1.151.683	629.680	649.249
Maranhão	463.626	473.290	194.509	203.064
Minas Gerais	4.997.259	5.077.479	2.078.512	2.197.377
Mato Grosso do Sul	598.603	588.896	142.252	144.143
Mato Grosso	568.832	567.759	204.087	221.138
Pará	785.572	783.361	419.693	436.690
Paraíba	411.329	411.370	358.947	378.738
Pernambuco	1.333.468	1.337.323	941.094	1.004.886
Piauí	318.476	329.827	82.956	93.491
Paraná	2.837.936	2.842.007	1.264.096	1.311.852
Rio de Janeiro	5.344.333	5.338.202	3.179.789	3.383.221
Rio Grande do Norte	502.281	504.504	331.045	341.663
Rondônia	153.350	150.621	103.533	105.675
Roraima	29.195	29.257	9.832	11.251
Rio Grande do Sul	2.538.546	2.528.564	761.340	782.824
Santa Catarina	1.493.687	1.462.121	499.341	549.919
Sergipe	316.038	317.308	195.301	203.842
São Paulo	17.139.314	17.113.632	8.564.808	9.145.324
Tocantins	108.646	108.267	50.067	125.830
Não Identificado	21.170	23.192	49.660	33.434
TOTAL	46.943.557	46.996.546	24.287.448	25.691.209

Figura 4 - Beneficiários em planos de assistência médica (Abril de 2019 x Abril de 2020). **Fonte:** Agência Nacional de Saúde.

Saliento que, nesta pesquisa, serão analisados os modelos de remuneração médica. Contudo não são contemplados os modelos de remuneração para prestadores odontológicos. Verifica-se que 32% dos beneficiários que possuem um plano de assistência médica, e a forma de contratação é empresarial (Figura 5).

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação						
COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
abr/19	46.943.557	31.675.943	6.129.508	620	9.039.738	97.748
abr/20	46.996.546	31.756.615	6.176.363	597	8.974.878	88.093

Figura 5 - Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação. **Fonte:** Agência Nacional de Saúde

1.6 Relevância do Trabalho

Este estudo pretende confirmar se o modelo de remuneração que as operadoras de saúde utilizam para remunerar os prestadores de serviços de saúde (médicos) é eficaz, garante a satisfação dos médicos e se pode ser considerada padrão de excelência. Além de realizar uma análise sob o ponto de vista dos médicos, quais são os pontos fortes e fracos do modelo de remuneração que está sendo utilizado pela operadora de saúde. Esta pesquisa irá auxiliar as operadoras de saúde a revistar e traçar novas estratégias de remunerar seus prestadores de serviços, no sentido de mitigar os problemas encontrados e propor melhorias na forma que remunera seus prestadores.

1.7 Organização Geral do Trabalho

A autora inicia este estudo, apresentado um panorama do mercado de saúde suplementar no Brasil, informando as despesas das operadoras de saúde e a população brasileira que possui um plano de saúde privado.

As fundamentações teóricas para este estudo, serão divididas em quatro etapas, são elas: Operadoras de saúde, neste item, será explicado o que é uma operadora de saúde, em seguida, falaremos sobre Agência Nacional de Saúde Suplementar realizando um overview sobre a agência reguladora, a legislação e as regulamentações relacionadas ao tema estudado. No terceiro tópico, vamos abordar quais são os modelos de remuneração médicas existentes, finalizando esse capítulo, abordaremos o impacto da pandemia de COVID na remuneração médica, um assunto novo, pouco discutido no meio acadêmico, porém de total relevância, para os próximos estudos. Após apresentado o referencial teórico, daremos início a metodologia que será utilizada, para conduzir a temática do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Operadoras de saúde

As operadoras de saúde garantem recursos e rede de atendimento de serviços à saúde (médicos, laboratórios, hospitais e clínicas) para atender aos beneficiários, sendo a saúde complementar de muitos brasileiros. O segmento de planos de saúde é conceituado como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter

acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público (BAHIA, 2001).

“Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656/98. Parágrafo Único: Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo” (BRASIL, 1998).

De acordo Lei 9.656, artigo 2º, uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde pode ser definida como a pessoa jurídica registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde). Dentro da saúde suplementar temos diferentes modalidades, são elas: administradora, cooperativa médica e autogestão.

Administradora de Benefícios- De acordo com BESSA (2011), são empresas que administram serviços de assistência à saúde ou planos financiados por operadoras, desta forma elas não assumem os riscos decorrentes desta atividade. Não possuindo rede credenciada, própria ou serviços referenciados médicos hospitalares ou odontológicos. As administradoras de benefícios são especializadas em planos de saúde coletivos, desta forma, ampliam mais o poder de negociação dos contratantes. Com escala obtida, conseguem condições especiais. Citamos como exemplo, a empresa Qualicorp que se destaca no Brasil nesta modalidade, fundada em 1971.

Cooperativa Médica – Em 1971, decreta e sanciona a Lei 5.764 que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. No artigo 4º, diz:

“As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características: I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços; II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes; III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais. IV - intransmissibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade; V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade, VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital; VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral; VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica

Educacional e Social; IX - neutralidade política e discriminação religiosa, racial e social; X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa; XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.”

Neste estudo, trazemos como referência a cooperativa Unimed que se destaca nesta modalidade de operadora. O Sistema Unimed está presente em 84% do território nacional, formado por cerca de 343 cooperativas médicas e mais de 116 mil médicos cooperados, entre elas federações. Nesta modalidade os médicos são sócios e prestadores de serviço, cooperados dividem o superávit entre si ou compartilham os déficits quando necessário.

A cooperativa Unimed está atuando com verticalização de sua rede, construindo hospitais prontos próprios e pronto atendimento. Na imagem abaixo, verifica-se o mapa do estado Rio de Janeiro, onde são sinalizados mais de 12 hospitais em funcionamento, 4 hospitais em construção, além dos 6 prontos atendimentos. Entre os serviços verticalizados construídos, temos 03 hospitais com a certificação de qualidade da Organização Nacional de Acreditação.

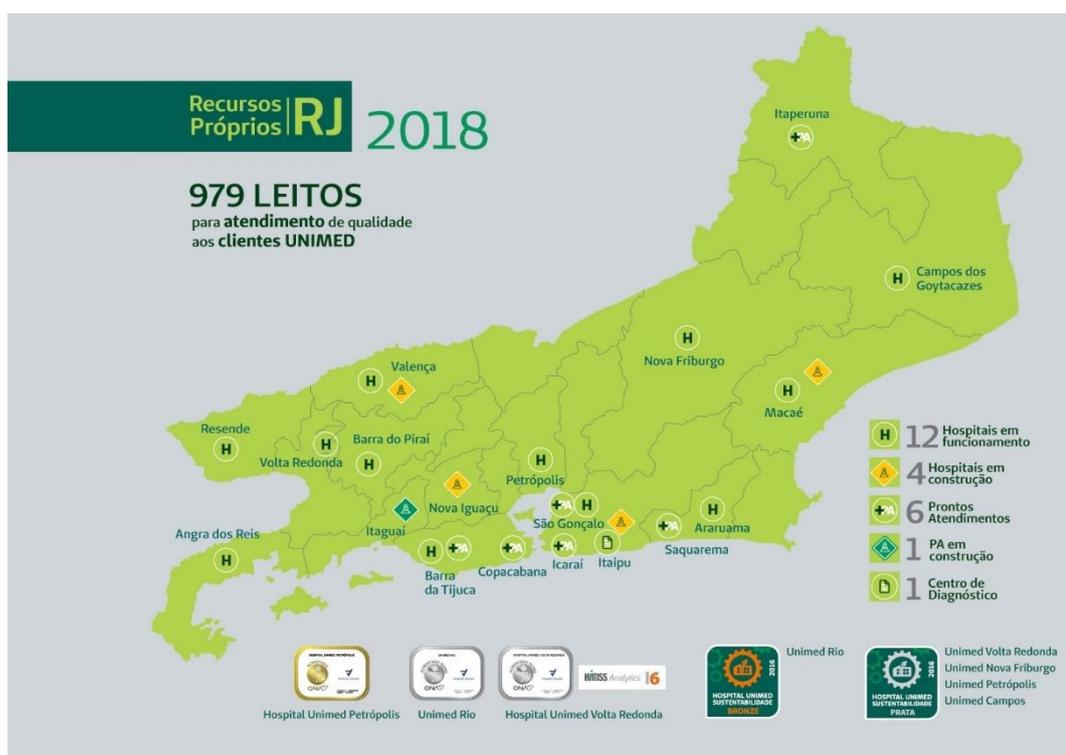


Figura 6: Mapa de Recursos Próprios da Unimed no Rio de Janeiro Fonte: Unimed Federação Rio

Autogestão: De acordo PICCHIAI (2008), são entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços de assistência à saúde, para funcionários ativos, pensionistas, aposentados e ex-empregados de uma ou mais empresas, além de incluir dependentes, participantes de associações de pessoas jurídicas ou físicas. Nesta modalidade, a operadora de saúde é desenhada de acordo com as necessidades apresentadas pelos seus beneficiários. De acordo com Unidas (2020), a CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil demonstra consistência no mercado, sendo uma das maiores autogestão do país. Salientamos que mesmo sendo uma entidade sem fins lucrativos, a autogestão não é tratada de forma diferente pela Agência Nacional de Saúde -ANS.

No quadro a seguir, vamos apresentar a quantidade de operadoras de assistência à saúde com beneficiários no Brasil:

Operadoras com beneficiários (Brasil – 2010-2021)			
Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Total de operadoras com beneficiários
Dez /2010	1.045	374	1.419
Dez /2011	1.015	369	1.384
Dez /2012	962	359	1.321
Dez /2013	920	344	1.264
Dez /2014	874	343	1.217
Dez /2015	828	327	1.155
Dez /2016	790	305	1.095
Dez /2017	766	291	1.057
Dez /2018	749	289	1.038
Dez /2019	727	280	1.007
Dez /2020	711	260	971
Jan/ 2021	709	256	965

Figura 7: Operadoras com Beneficiários (Brasil 2010-2021) – Fonte ANS

Podemos analisar na última década, tivemos uma redução 32% nas operadoras médicas hospitalares, em um próximo estudo, podemos analisar o que motivou essa queda.

2.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 1998) é uma autarquia, fiscaliza e regula os planos privados de assistência à saúde, de acordo com a Lei 9656/98.

A (ANS 1998) provocou uma grande e profunda mudança no mercado de saúde suplementar. Medidas adotadas pela agência reguladora, impactaram diretamente na elevação dos custos das operadoras da saúde, tais como: ampliação das coberturas assistenciais, expansão dos direitos de beneficiários, monitoramento dos reajustes e preços, pagamentos de multas pelo não cumprimento contratual e exigência de solidez empresarial (Silva, 2003, p.15).

A combinação do custo elevado, insatisfação na qualidade do serviço e o acesso restrito à assistência à saúde, cria uma frustração e ansiedade em todos os envolvidos neste processo (prestadores, planos de saúde, pacientes, fornecedores de equipamentos médicos) (PORTER, 2007, p. 19).

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), a fiscalização e regulação das operadoras de saúde pela ANS, impede que operadoras desprezem os direitos dos beneficiários e tenham vantagens sobre estes. Com esta atuação, verifica-se o aumento e visibilidade dos problemas organizacionais e desequilíbrios encontrados no setor de saúde suplementar.

Na estrutura organizacional de 2019 divulgada pela agência, a ANS possui 9 áreas, são elas:

SIGLA	UNIDADE
DICOL	Diretoria Colegiada
PRESI	Presidência
GAB	Gabinete da Presidência
SEGER	Secretaria Geral
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

Fonte: ANS 2019 – Estrutura Organizacional

A agência nacional de saúde realiza o desenvolvimento e promove inúmeras informações pertinentes ao setor de saúde suplementar. As informações estão disponíveis em seu site e canais de comunicação, além da constituição de consultas públicas e câmaras técnicas.

2.2.1 Reajuste dos prestadores de serviços de saúde

Neste capítulo, para atender o objetivo específico da pesquisa, aonde questiona quando os honorários médicos são reajustados, vamos citar as diretrizes técnicas da Agência Nacional de Saúde para remuneração.

Na resolução normativa 363, divulgada em 11 de dezembro de 2014 informa as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências. Nesta resolução, classifica-se como prestador de serviço pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, além de informar a forma de reajuste, maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

No capítulo II, da RN 363 menciona que deve constar no contrato, quais os valores contratados, a forma e a periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. A forma de reajuste dos serviços contratados entre a operadora de saúde e o prestador de serviços deve ser clara e objetiva.

Seção II, da RN363 apresenta que o reajuste aos honorários do prestador, deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito, é aceitável a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo o período de negociação nos primeiros três meses do ano, em dias corridos e improrrogáveis, contando a partir de primeiro de janeiro até trinta e um de março de cada ano.

A Resolução Normativa 436, menciona o fator de qualidade para aplicação do reajuste, ficando estipulado da seguinte forma:

I – 115% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o nível A do fator de qualidade;

II – 110% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos

critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;” (NR)

III - 105% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível C do Fator de Qualidade; e

IV – 100% do IPCA para os demais prestadores que não atenderem ao disposto nos incisos I, II e III deste artigo.” (NR)”

Segue abaixo, os critérios de qualidade para os médicos:

Tipo de Prestador	Percentual aplicado sobre o IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo			
	Nível A 115% do IPCA	Nível B 110% do IPCA	Nível C 105% do IPCA	100% do IPCA
 PROFISSIONAIS DE SAÚDE / CONSULTÓRIOS INDIVIDUAIS	Possuir ao menos uma titulação comprovada na área de saúde (residência, título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso)	Possuir ao menos uma titulação comprovada na área de saúde (residência, título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso)	Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas por ano-calendário.	Demais casos
	e Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 80 horas por ano-calendário.	e Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas por ano-calendário.		
 CLÍNICAS	Possuir 80% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais titulações na área de saúde (Residência, Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso)	Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais titulações na área de saúde (Residência, Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso)	Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40h por ano calendário.	Demais casos
	e Possuir 80% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 80 horas por ano-calendário.	e Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas ano-calendário.		
	ou A Pessoa Jurídica possuir Acreditação e/ou Certificação (que englobe todo o escopo da assistência).			

Figura 8: Percentual de reajuste aplicado sobre o IPCA – Fonte: ANS

Podemos observar no quadro acima, que o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA é o principal balizador para aplicação de reajuste. As clínicas e profissionais de saúde precisam de curso de capacitação na área de saúde, isto porque, segundo Lopes (2014), qualidade procura a melhoria contínua, para satisfazer as expectativas dos clientes.

“A simpatia, a eficiência e a disponibilidade dos colaboradores, bem como a limpeza, a apresentação e a qualidade das infraestruturas e equipamentos, são alguns exemplos de fatores que os clientes podem considerar para medir a qualidade do serviço” Lopes, 2014

2.3 Modelo de Remuneração Médica:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS 1998) possui um papel de destaque na história do mercado de saúde suplementar, visando conduzir boas práticas na qualidade da atenção à saúde, além de manter a sustentabilidade do setor. Com isso, foi divulgado pela (ANS 2019), o guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. O objetivo do documento é orientar os planos de saúde, buscar inovação nos modelos de remuneração na saúde suplementar. O material disponibilizado para o setor, apresenta apontamentos necessários para à implementação de cada modelo, quais são suas vantagens e desvantagens. Vamos destacar neste estudo, os principais modelos encontrados no mercado e nas pesquisas bibliográficas realizadas nos repositórios acadêmicos.

Segundo TAKAHASH (2011), no mercado de saúde suplementar, cresce a cada dia, a discussão e o foco nos modelos de remuneração no Brasil.

2.3.1 - Fee For Service (Pagamento por procedimento)

O modelo Fee For Service é mais utilizado atualmente no Brasil pelas operadoras de saúde. É um grande desafio, a adoção e implantação de outro modelo de remuneração (ANS 2019). Neste modelo, o prestador de serviço é remunerado por procedimento realizado. Os stakeholders (operadora de saúde e prestador de serviço) que utilizam esse modelo negociam previamente uma tabela com valores para cada procedimento que será realizado ao usuário do plano de saúde, também conhecido como: beneficiário ou paciente.

Os valores praticados por procedimento, variam de acordo com o prestador de serviço e a operadora de saúde, tendo como principal referência a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Esta tabela tem como principal objetivo, ser referência e parâmetro para negociação.

A tabela da CBHPM é construída pela Associação Médica Brasileira (AMB) e as sociedades de especialidades médicas, com auxílio da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) e o apoio de todas as entidades médicas nacionais (FACULDADE IDE, 2019).

Segundo Silva (2016, p. 65), o modelo de pagamento por procedimento, estimula a operadora de saúde aplicar glosas (glosas são serviços ou procedimentos realizados pelo prestador de serviço e não pagos pelas operadoras de saúde), tendo como premissa recursos administrativos e técnicos.

As glosas administrativas são aplicadas automaticamente, de acordo com as parametrizações de sistema, ou seja, podem ocorrer por falta de autorização prévia do serviço prestado ou a cobrança indevida de algum procedimento que não tenha sido negociado previamente. Enquanto as glosas técnicas são realizadas por auditores (médicos ou enfermeiros), estas são aplicadas quando há inconsistência nos serviços prestados ao paciente. Vale salientar que o prestador que recebe uma glosa técnica ou administrativa, possui o direito de questionar à operadora de saúde a falta de pagamento do serviço prestado, este processo é conhecido dentro das operadoras de saúde como: recurso de glosa, no qual é justificado pelo prestador o motivo do serviço realizado.

No quadro abaixo, vamos apresentar as principais vantagens, desvantagens do modelo *Fee For Service*:

Fee For Service			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<ul style="list-style-type: none"> • Prestador é pago por cada serviço prestado; • Pagamentos maiores para pacientes que precisam de mais procedimentos; • Pagamento de um prestador não depende de aspectos que fujam diretamente do seu controle; • Prestador de serviços sabe previamente o valor a ser pago antes da realização do procedimento; • Garantia do acesso aos procedimentos; • Garantia da prestação dos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo marginal de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados; • Sobreutilização de serviços, principalmente os de remuneração superior; • Valores pagos frequentemente inferiores ao custo para a execução de cuidados apropriados de alta qualidade; • Não realiza pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos e de educação em saúde; • Dificulta a estimativa de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores; • O modelo pode contribuir para gastos com saúde mais altos do que o necessário e para a qualidade e resultados do cuidado abaixo do desejável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do modelo em casos específicos, como por exemplo, pagamento de consultas com especialistas; • Adicionar pagamento por desempenho, para buscar maior garantia de resultados e qualidade da assistência; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para os procedimentos; • Integração da rede assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo unitário das unidades de serviço; • Protocolos clínicos e cirúrgicos; • Tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado; • Lista de procedimentos que devem ser identificados separadamente.

Figura 9: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Fee For Service. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.3.2 PAY FOR PERFORMANCE – P4P (Pagamento por desempenho)

Segundo BICHUETTI e MERE JR (2016), este modelo busca a remuneração dos honorários dos médicos por desempenho, ou seja, o prestador de serviço tem a responsabilidade do tratamento completo do paciente. Para que isso ocorra, o prestador de serviço deve estar bem estruturado. As operadoras de saúde irão remunerar os honorários médicos, de acordo com o desempenho obtido no tratamento dos pacientes. Trata-se de um modelo complexo de ser aplicado, pois requer grandes esforços como: tecnologia, colaboração do paciente e dos *stakeholders* envolvidos neste processo.

De acordo com ANS (2019), o pagamento por desempenho, apresentou o aumento da qualidade na atenção da saúde, sendo utilizado nos países europeus, desde o final dos anos de 1990 e vem crescendo dos Estados Unidos.

No quadro abaixo, vamos apresentar as principais vantagens e desvantagens do modelo por desempenho ou P4P:

Pagamento por Desempenho ou P4P			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento da qualidade da assistência por meio de indicadores; Diminuição do risco de consequências não previstas; Apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade 	<ul style="list-style-type: none"> Não garante que os serviços prestados sejam apropriados, de alta qualidade e alcancem os resultados desejados para um paciente específico; Prestador continua sendo remunerado quando um serviço é prestado a um paciente individual, mesmo que esse serviço não atenda ao padrão de qualidade para aquele paciente especificamente; Não estimula a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Criar incentivos financeiros com os objetivos pretendidos claramente estabelecidos; Acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não previstos na qualidade do atendimento; Coordenação do cuidado; Uso de sistemas de informação qualificados; Integração da rede assistencial; Divulgação do modelo de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade; Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; Avaliação sistemática da experiência do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Custo + Medidas de Qualidade; Desempenho do Prestador; Infraestrutura tecnológica eficiente, para a análise adequada das informações obtidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas nos indicadores de saúde – sem comprometer o sigilo médico.

Figura 10: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo desempenho ou P4P. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.3.3 Fee For Service com Bônus por performance (FFF+P4P)

Este modelo de remuneração tem como premissa, o padrão do *Fee For Service* com aplicação de bonificação, mediante metas atingidas. Segundo a ANS (2019), o objetivo é incentivar os prestadores de serviços de saúde a buscar eficiência e resultados melhores, sem abandonar o modelo *Fee For Service*.

2.3.4 Capitation (per capita)

O modelo mais conhecido como *Capitation*, preconiza que o prestador de serviço receba um valor fixo por mês, por paciente ou por um determinado período de tempo, independente dos serviços prestados. Os valores acordados poderão ser reajustados conforme suas necessidades específicas. Para que isso ocorra, requer uma base estatística sólida e complexa, onde possa ser obtido dados dos procedimentos mais realizados na região, qual o sexo dos pacientes, faixa etária, entre outros dados para apuração.

(BICHUETTI e MERE JR 2016), aponta que a implantação deste modelo remuneração no Brasil, não tiveram resultados práticos. O Capitation seria mais aplicável à rede pública, ou seja, pacientes que não possuem acesso ao plano de saúde.

Segundo BESSA (2011), nesse modelo de remuneração, são enquadrados pacientes de menor risco de vida, são utilizados os recursos mais baratos possíveis.

No quadro abaixo, vamos apresentar as principais vantagens, desvantagens do modelo Capitation:

<i>Capitation</i>			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<ul style="list-style-type: none"> • Previsibilidade do gasto do órgão pagador; • Previsibilidade da receita do prestador de serviço; • Redução de custos; • Gerenciamento da utilização dos serviços pelo médico, podendo reduzir exames e procedimentos desnecessários e estimular a adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde para diminuir a utilização de serviços e permitir a continuidade da atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode induzir a uma redução do acesso aos serviços ou baixa qualidade, caso o valor pactuado seja muito baixo; • Subprodução de serviços, já que o valor recebido pelo prestador independe da produção, sendo atrelado ao número de pessoas adstritas e não ao número de pacientes tratados; • Maior concentração dos riscos; • Necessidade de acompanhar dados estatísticos para que o modelo funcione adequadamente; • Pode gerar impacto negativo nos resultados em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; • Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; • Divulgar os modelos de remuneração para a população cadastrada ou inscrita; • Considerar a inclusão de um ajuste de risco para proteger os prestadores de serviços e os pacientes; • Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; • Incentivar a Coordenação do cuidado e a integração das redes assistenciais; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo unitário das unidades de serviço; • Protocolos clínicos e cirúrgicos; • Incidência dos procedimentos; • Informações relacionadas aos riscos populacionais geograficamente distribuídos; • Sólida e complexa base estatística das enfermidades, região por região, faixa etária, raça, sexo e outras características.

Figura 11: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Capitation. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.3.5 Orçamentação (pacotes)

De acordo com ANS (2019), este modelo de remuneração consiste em estabelecer um valor financeiro estimado, tendo embasamento em série histórica, pagamentos anteriores e inflação. A definição dos valores estabelecidos é negociada entre o prestador de serviço e a operadora de saúde.

“A operadora tem melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento acordado. Trata-se então de um preço pré-estabelecido por procedimento. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, reduz custos e praticamente elimina os conflitos do sistema de cobrança e pagamento.” BESSA, 2011

Com grande destaque no modelo orçamentário, temos os procedimentos gerenciados. Segundo TAKAHASH (2011), o pagamento do serviço prestado ocorre a partir da composição de um “pacote”. O pacote agrupa todos ou quase todos os itens utilizados para realização do procedimento cirúrgico (materiais, medicamentos, honorário médico, taxas, entre outros).

No quadro abaixo, vamos apresentar as principais vantagens, desvantagens do modelo por Orçamentação:

Orçamentação			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<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 nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos, nem qualitativos; • Possível subutilização - redução do acesso e da utilização dos serviços e seleção adversa de risco; • Responsabilização total por parte dos prestadores pelos riscos, lucros e perdas, em casos de orçamentações muito rígidas; • Quantidade fixa de gastos, mas sem penalidade ao prestador em caso de ultrapassar as despesas, em casos de orçamentações suaves; • Complexidade de implementação, e mensuração de indicadores, especialmente quando existem múltiplos pagadores de serviços vinculados ao estabelecimento, como é o caso do Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adicionar monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; • Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; • Pagamento de valores adicionais dependentes do desempenho do prestador de serviços de saúde; • Ajuste do pagamento por fatores de risco; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos + Metas por desempenho

Figura Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Orçamentação. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.3.6 DRG – Diagnosis related groupings (Agrupamento relacionados ao diagnóstico)

Segundo Soares (2012), este modelo de remuneração, agrupa pacientes em categorias. Não é um modelo sugerido para ser copiado por completo, isto porque, o tratamento do prestador de serviço (médico) depende do diagnóstico principal do paciente.

Neste modelo de remuneração, os pagamentos são realizados por casos, classificando as variáveis pré-estabelecidas e em grupos homogêneos. O modelo DRG além do diagnóstico principal, considera as complicações e comorbidades, o tipo de tratamento utilizado, a idade do paciente, com isso, o modelo é parcialmente retrospectivo (ANS, 2019).

No quadro abaixo, temos o resumo dos principais aspectos apresentados sobre o DRG, como as possíveis vantagens e desvantagens:

DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS - DRG			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<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 de casos, o que é uma tarefa complexa e demorada; • Exige a adoção de sistema de informações complexo; • Exige organização prévia por parte das fontes pagadoras e dos prestadores de serviços; • Pode levar a subutilização ou à seleção de pacientes com menor complexidade; • Pode provocar aumento das reinternações, o que sugere altas precoces, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas; • Possível atribuição de DRG aos pacientes internados que não correspondem exatamente ao seu perfil, e sim a grupos de mais alta pontuação, no fenômeno denominado de DRG <i>creep</i>; • Pode levar à redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não) com o intuito de diminuir o custo das internações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica; • Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos por grupos de diagnóstico ajustados por risco; • Passos essenciais para implementação do DRG: <ol style="list-style-type: none"> i. desenvolvimento de um sistema de classificação de diagnóstico; ii. determinação dos pesos relativos dos grupos; iii. determinação do nível de pagamento por unidade relativa; iv. estabelecimento de ajustes na taxa de pagamento.

Figura 13: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo DRG. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.3.7 Assalariamento

O assalariamento é o modelo de remuneração mais conhecido, o famoso pagamento clássico, não somente na área de saúde, como também utilizado em diversos segmentos. Neste modelo de remuneração, os serviços prestados são pagos de acordo com a quantidade de horas trabalhadas pelo empregado, além dos benefícios sociais, férias, décimo terceiro dentre outros.

O pagamento dos serviços prestados ocorre principalmente quando o médico trabalha em hospitais ou locais fechados, como pronto de socorro, clínicas de imagens, unidade de terapia intensiva (Bessa, 2011).

Trata-se de um modelo de remuneração que traz estabilidade para o médico e pouco provável, intervenções e exageros desnecessários (GOMES, 2010).

No quadro abaixo, vamos apresentar as principais vantagens e desvantagens do modelo Assalariamento:

Assalariamento			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<ul style="list-style-type: none"> • É possível que as consultas médicas sejam mais demoradas e completas; • Pode incentivar os cuidados preventivos; • Maior estabilidade com menores riscos ao profissional de saúde; • Profissionais de saúde assalariados teriam maiores incentivos para prestar um serviço adequado, pois não teriam motivação para a sub ou superprodução. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos etc; • Não há incentivo à produtividade; • Caso exista percepção de baixos salários, pode haver diminuição efetiva da jornada de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; • Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas; • Avaliação sistemática da experiência do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos de transação e administrativos.

Figura 14: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019 – Modelo Assalariamento. Fonte: Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019

2.4 Os impactos do COVID 19 na saúde suplementar:

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS 2020), declarou pandemia de COVID 19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Em particular, quando o país passa por uma situação desse tipo, novas tecnologias e exames surgem no mercado de saúde suplementar. É importante ressaltar que os estudos acadêmicos, são recentes em relação a este tema.

Consultórios médicos privados, localizados no Rio de Janeiro, desde o início da pandemia adotaram medidas de segurança nos atendimentos realizados em casos suspeitos ou confirmados de Covid 19, realizando o isolamento dos pacientes ou o atendimento através de teleconsultas. Com isso, inflacionados devido à alta demanda, os equipamentos de proteção individual, apresentaram um grande aumento nos valores de aquisição, além da quantidade de produtos utilizados.

Segue abaixo, tabela dos preços praticados antes e durante a pandemia nos consultórios médicos privados.

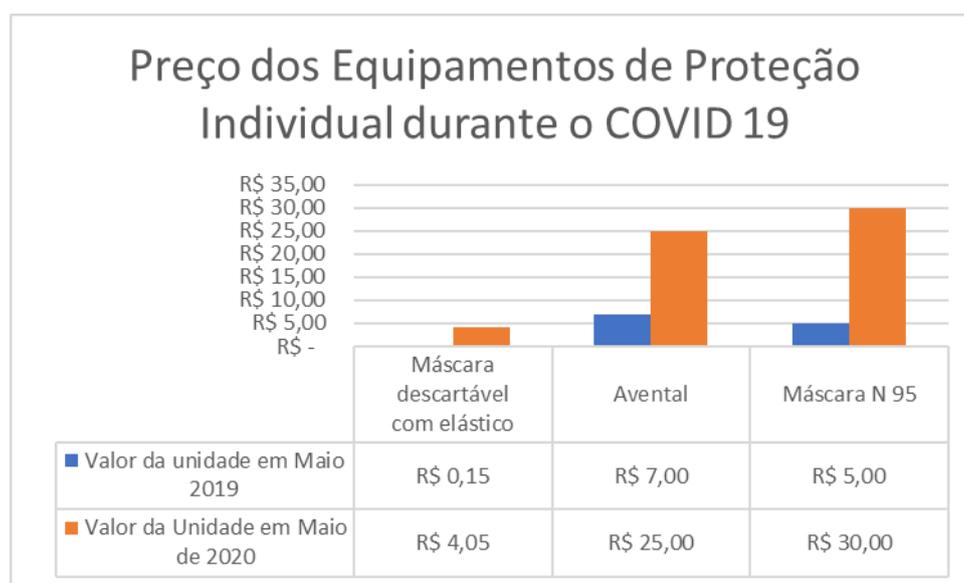


Gráfico 1: Fonte: Autora

Diante desse novo cenário, foi percebido um aumento superior a 600% nos materiais utilizados. Diante do cenário apresentado, e da elevação dos custos dos equipamentos de proteção individual, os hospitais desenvolveram uma taxa adicional de COVID, ou seja, todo o paciente que precisava ficar internado com confirmação da doença, além das despesas hospitalares, as operadoras de saúde tinha uma taxa cobrada

diariamente, de acordo com o tipo de acomodação utilizada, sendo ela apartamento, unidade de semi intensiva ou unidade de terapia intensiva.

Taxas EPIs COVID 19 - De acordo com o Tipo de Diária		
CMC Adulto, Pediatria, Maternidade e Berçário	Semi Intensiva Adulto, Pediatria, Neonatal e TMO	UTI Adulto, Pediatria e Neonatal
259,47	1.021,87	1.188,26

Fonte: Autor

Outro ponto de grande relevância para diminuir o impacto causado pela pandemia de COVID 19 foi a expansão do programa Telessaúde que se utiliza das TICs, visando melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas, já que a grande maioria está conectada à internet. E ainda reforça e auxilia no distanciamento social, minimizando a propagação da doença.

A Telemedicina Brasil (2019), define telessaúde como a prestação de serviços online, de todas as especialidades. O diagnóstico precoce e a cultura de prevenção estão a cada dia mais presente, no cotidiano dos pacientes e médicos, e tem presente a tecnologia como sua principal parceria. As tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), ampliam e oferecem a promoção à saúde através do celular, tablet, contato realizado por videoconferência ou chat. Com a telessaúde é quebrado as barreiras geográficas e o contato tem o contato com o profissional desejado, de forma prática e rápida.

De acordo com Caetano (2020), o uso da telessaúde é um componente que auxilia no combate do COVID19, além de manter os serviços de promoção à saúde mais seguros e funcionantes, e ao mesmo tempo, uma alternativa eficaz às visitas presenciais de pacientes.

3. METODOLOGIA

Pela natureza do objeto, optou-se por desenvolver uma pesquisa exploratória, referente ao tema estudado. Piovesan e Temporini (1995), define pesquisa exploratória, como um estudo preliminar, onde sua principal finalidade é conhecer a variável do estudo,

ou seja, permite um conhecimento mais adequado à realidade e mais completo do tema estudado.

A pesquisa exploratória foi realizada nos principais bancos de dados de trabalhos acadêmicos, como Google Acadêmico, Scielo e no órgão que regula as operadoras de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Foram pesquisados artigos, dissertações e teses publicadas entre os anos de 2010 a 2021, com as seguintes palavras chaves: modelo de remuneração e saúde suplementar.

Para atingir o objetivo geral e específico, foram agendadas entrevistas semi estruturadas, com duração de quinze minutos, baseado em roteiro elaborado pela pesquisadora (Anexo I). O roteiro é composto por 11 perguntas, sendo 6 perguntas exclusivamente direcionadas para informações sobre modelo de remuneração. As demais perguntas, o objetivo é a captar a percepção dos médicos sobre os planos de saúde.

As entrevistas foram realizadas por ligação telefônica, de forma individualizada com os prestadores de serviços à saúde (médicos) que possui credenciamento com uma operadora de saúde. Previamente, o questionário tinha sido enviado de forma eletrônica, através de mensagens pela whats app e e-mail, mas não houve retorno por parte dos entrevistados.

A pesquisadora manteve em sigilo a informação do nome do entrevistado, diante deste cenário, os médicos serão identificados por número e por especialidade.

3.1 Delimitação dos sujeitos

Foram entrevistados apenas prestadores de serviços à saúde (médicos), do estado do Rio de Janeiro. O Rio de Janeiro, é o segundo estado do Brasil com o maior número de beneficiários, que possuem acesso ao um plano de saúde, de acordo com os dados divulgados pela ANS no Brasil em 2020. A escolha do cenário baseou-se no interesse de pesquisar sobre o mercado de saúde suplementar.

3.2 Seleção dos sujeitos

A seleção dos sujeitos teve como premissa médicos que realizaram pós graduação em Gestão Empresarial com Ênfase em Saúde, na turma in company da Fundação Getúlio Vargas de 2016, onde 95% dos alunos que realizaram o curso, a principal formação acadêmica era medicina. Foram escolhidos médicos de especialidade distintas. A amostra para este trabalho é intencional, neste caso, a pesquisadora fez parte do quadro de alunos

da turma e tinha acesso fácil ao telefone e contato direto com os entrevistados, além da diversidade que temos nas especialidades médicas.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas realizadas, tiveram como intenção respeitar as opiniões dos entrevistados, evitando qualquer interferência por parte da pesquisadora. Foi resguardado a identidade dos médicos, sendo utilizado um título genérico para o nome do entrevistado, no qual foi nomeado como Médico 1, Médico 2 e assim sucessivamente.

Como a seleção dos sujeitos foi feita em uma turma in company da Unimed, verifica-se que todos os entrevistados tinham vínculo e atendiam operadoras de saúde na modalidade de cooperativa.

Segue abaixo, quadro com as informações de cada médico entrevistado e quais as operadoras de saúde que eles atendem.

Médico	Especialidade principal	Quais as operadoras de saúde que atendem?
Médico 1	Cardiologia	Assim, Golden, Correios, Sulamerica, Saúde Caixa, CAC (saúde seprais) e Unimed
Médico 2	Vascular	Amil, Bradesco, Cassi, Saúde Caixa, Sulamérica, Vale e Unimed
Médico 3	Dermatologia	Unimed
Médico 4	Anestesiologia	Amil, Bradesco, Golden, Petrobras e Unimed
Médico 5	Gastroenterologia	Assim, Golden, Geap Saúde, Omint e Unimed
Médico 6	Pediatria	Amil, Bradesco, Cassi, Saúde Caixa, Sulamérica, Vale e Unimed
Médico 7	Neurocirurgia	Unimed
Médico 8	Oncologista	Unimed
Médico 9	Psiquiatria	Unimed
Médico 10	Ginecologia	Unimed

Entre os planos de saúde que os entrevistados atendem, temos operadoras de saúde de várias modalidades, como cooperativa médica (Unimed), autogestão (Saúde Caixa, Vale, Correios e Cassi) e seguradoras (Bradesco).

É importante registrar a dificuldade na disponibilidade dos horários dos médicos. Como a pesquisadora tinha fácil acesso aos entrevistados, contribuiu para o agendamento e receptividade às entrevistas. As entrevistas foram realizadas a noite, após atendimentos dos pacientes. Os resultados das entrevistas encontram-se organizados em temas. São eles:

4.1 Modelo de remuneração:

Neste tópico, a autora apresenta os resultados das seis perguntas elaboradoras, envolvendo diretamente o modelo de remuneração e trechos das entrevistas realizadas. As perguntas que enfatizam o tema de modelo remuneração, são as listadas abaixo:

- Conhece os modelos de remuneração médica existentes?
- Quais são os modelos de remuneração utilizados pelas operadoras de saúde que você trabalha?
- Qual o modelo de remuneração que as operadoras de saúde utilizam para pagar seus honorários médicos?
- Qual modelo de remuneração utilizado pela operadora de saúde que você considera melhor? Justifique.
- Qual modelo de remuneração utilizado pela operadora de saúde que você considera pior? Justifique.
- O modelo de remuneração que a operadora de saúde utiliza para pagar seus honorários médicos, tem impacto no atendimento do paciente? Justifique.

No gráfico abaixo, verifica-se que 100% dos entrevistados conhece ou já ouviu falar sobre modelo de remuneração médica, o conhecimento dessa informação, pode estar atrelado a formação acadêmica dos entrevistados, que possuem MBA em Gestão Empresarial com ênfase em saúde, assunto abordado na disciplina do curso.

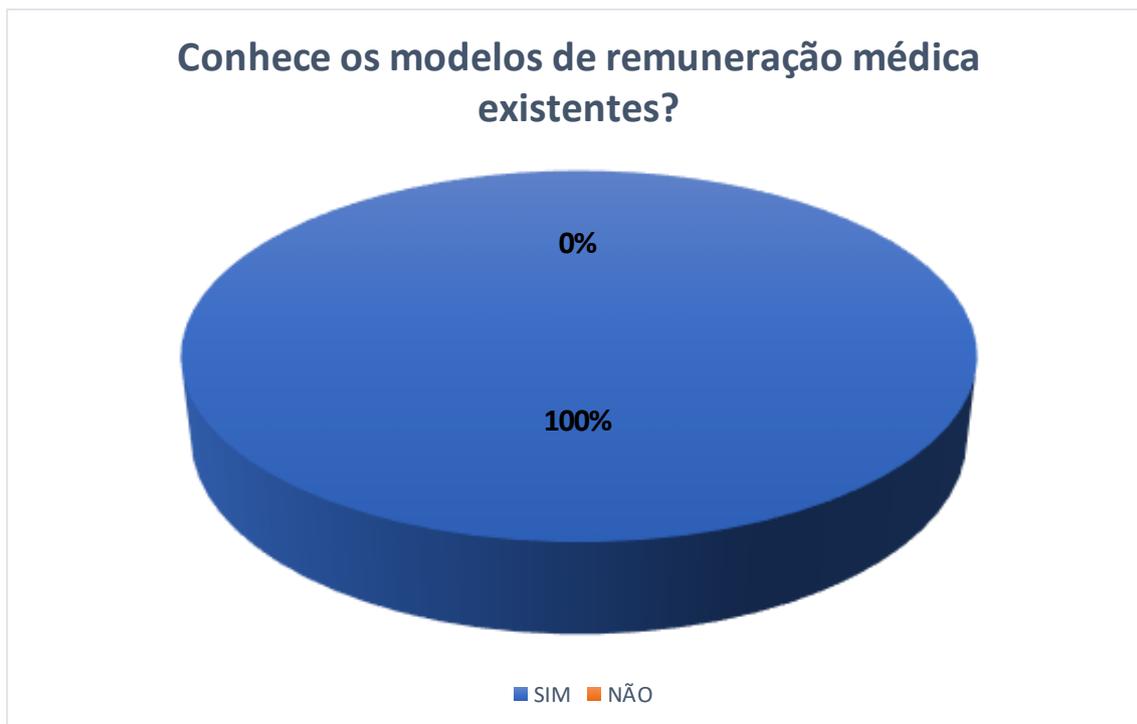


Gráfico 2 - Modelo de remuneração médica existente. Fonte: Autora

Porém, quando questionados sobre os modelos existentes, citam apenas o modelo de remuneração Fee For Service e de Orçamentação (pacotes).

Dando seguimento às entrevistas, a pesquisadora apresenta qual o modelo de remuneração, que as operadoras de saúde, utilizam para remunerar os honorários médicos dos prestadores de serviço:

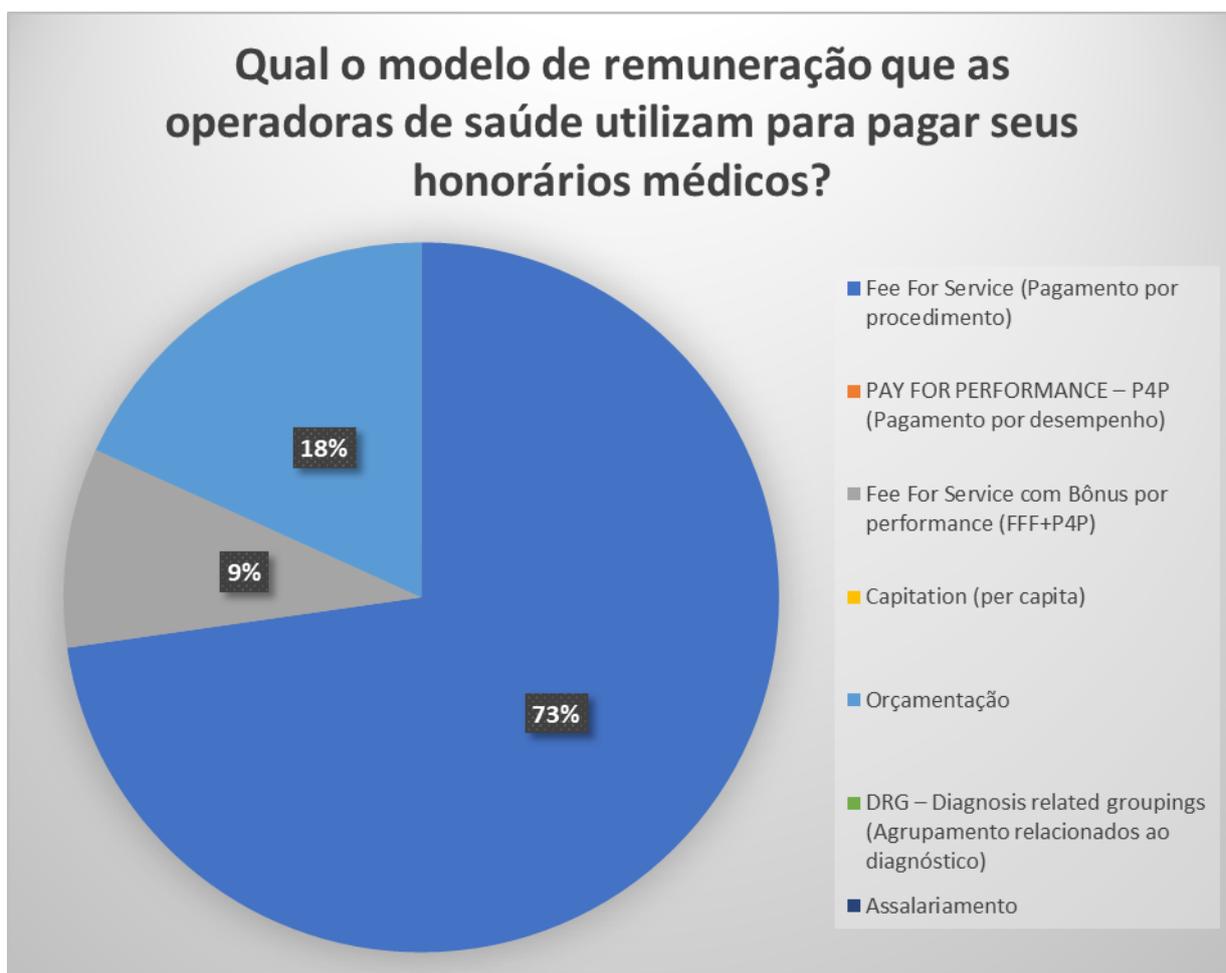


Gráfico 3: Modelo de remuneração que as operadoras de saúde utilizam para pagar seus honorários médicos. Fonte: Autora

Verifica-se que 73% dos entrevistados (médicos especialistas), recebem seus honorários médicos através do modelo Fee For Service. Entre os modelos de remuneração existentes, 18% citaram que recebem seus honorários de forma mista (Orçamentação e Fee For Service). O modelo de Orçamentação (pacotes) é citado apenas por médicos cirurgiões, que realizam procedimentos cirúrgicos, como exemplo: cirurgia vascular e cirurgia gastrointestinal. E apenas 9%, recebem com o modelo fee for service com bônus por performance, vale salientar que o entrevistado que citou o pagamento com bônus por performance, ocupava o cargo de dirigente na operadora de saúde trabalhava. Não foram citados pelos entrevistados, os modelos de remuneração: Capitation, Assalariamento e DRG.

Nitidamente, a pesquisa apresenta a predominância do modelo de remuneração Fee For Service, independente da modalidade da operadora de saúde. Segue abaixo, trechos das entrevistas realizadas:

Médico 1 “(...) Consulta médica, o pagamento é feito através do código da CPHM”.

Médico 2 “(...) Todos os planos de saúde que atendo, pagam através do modelo Fee For Service, quando realizo procedimento cirúrgico temos pacotes acordados em alguns procedimentos”.

Médico 3 “(...) Recebo através do Fee For Service com a distribuição de lucros e prejuízos”.

Médico 4 “(...) O plano de saúde me paga pelo Fee For Service. Mas já existe um movimento no mercado para mudança do modelo. Os planos de saúde estão começando a trabalhar com o pagamento através de pacote”.

Médico 5 “(...) Consulta recebo através do modelo Fee For Service, procedimentos cirúrgicos recebo o pagamento via pacote.”

Questionado aos entrevistados, qual era o melhor modelo de remuneração utilizado pelas operadoras de saúde, para o pagamento dos seus honorários médicos, 78% não souberam opinar, uma vez, que só recebiam através do modelo Fee For Service. Nos trechos das entrevistas, podemos verificar pontos negativos para este modelo:

Médico 1 “(...)No modelo Fee For Service, temos procedimentos que não são autorizados pela operadora de saúde.”.

Médico 2 “(...)Recebemos glosas técnicas no modelo Fee For Service, no modelo de pacote, a glosa técnica é zero.”.

Nas entrevistas realizadas, não opinaram sobre pontos positivos do modelo Fee For Service. Segue abaixo, gráfico com o resultado da pesquisa:



Gráfico 4: Modelo de remuneração utilizado pelas operadoras de saúde. Fonte: Autora

22% dos entrevistados preferem receber seus honorários médicos através do modelo de orçamentação. Segue trechos das entrevistas com as justificativas:

Médico 2 “(...) Consigo uma a previsibilidade da receita.”.

Médico 5 “(...) O Fluxo administrativo para solicitar autorização do procedimento ao convênio, é mais fácil, não precisamos ficar buscando referência na CPHPM, os códigos são informados pela própria operadora de saúde, ”.

Na prestação de serviços médicos, existem duas modalidades de atendimento. O paciente pode procurar o serviço de forma particular, ou através do plano de saúde. O atendimento particular, o paciente efetua o pagamento dos serviços prestados no ato da consulta ou antes do procedimento cirúrgico. O atendimento através do plano de saúde, o paciente consulta quem são os médicos credenciados à sua operadora de saúde e realiza

o agendamento da consulta ou procedimento, após a prestação de serviço, o médico pode aguardar até 60 dias para receber o pagamento dos seus honorários médicos. Segue abaixo, gráfico com o posicionamento dos médicos, referente ao atendimento do paciente.

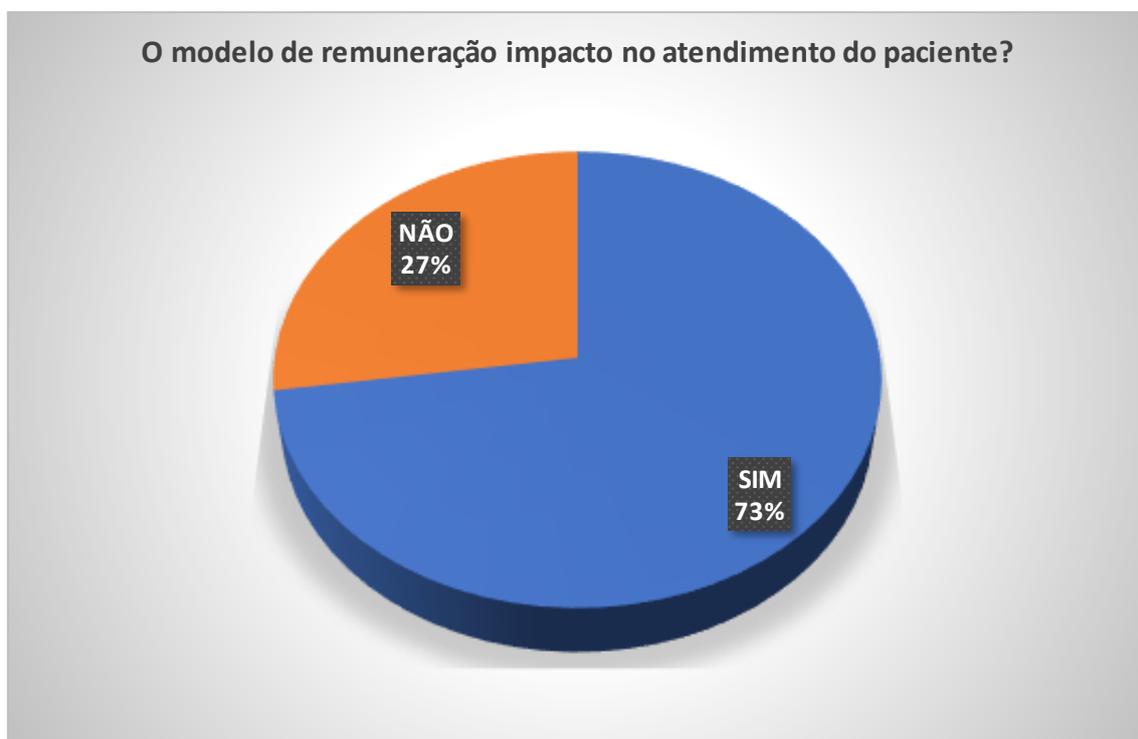


Gráfico 5: Impacto do modelo de remuneração no atendimento do paciente. Fonte: Autora

Dentro do universo da amostra, 73% dos médicos entrevistados, informaram que não existe diferença no atendimento do paciente, independente se o paciente agendar o atendimento de forma particular ou através do plano de saúde. Seguem os trechos das entrevistas realizadas:

Médico 10“(...) não existe diferença entre o atendimento do paciente particular e o de plano de saúde. É o mesmo tempo de consulta para ambos os pacientes.”

Médico 06“(...) não tenho controle se o paciente é particular ou de plano de saúde, quem gerencia as marcações das minhas consultas é minha secretária.”

Médico 02“(...) mesmo sabendo que a operadora de saúde me paga menos, o atendimento que ofereço para o paciente é o mesmo, dependendo da complexibilidade do paciente, as vezes acabo atrasando a próxima consulta, e o paciente particular fica aguardando.”

27% dos entrevistados informaram que não possui diferença no atendimento médico, porém existe diferença no agendamento, o paciente particular possui prioridade no agendamento. Neste trecho, não vamos identificar os médicos que prestaram o depoimento, para resguardar a classe:

“(…) É uma prática do mercado, o paciente particular ter prioridade no agendamento, caso tenha conflito nos horários, o paciente do plano de saúde é reagendado, sendo priorizado o paciente que efetua o pagamento de formar particular.”

“(…) Se o administrativo da clínica tiver treinamento, ela consegue gerenciar a agenda dos médicos, para aumentar a receita mensal.”

4.2 Relação Prestador X Operadora de Saúde

Tendo conhecimento dos modelos de remuneração, qual o modelo que predomina entre as operadoras de saúde e as principais vantagens e desvantagens de cada um, nesta fase da análise dos dados, a pesquisadora apresenta os resultados das perguntas abaixo:

- Existe glosa nos serviços prestados? Se sim, qual motivo?
- Qual critério para o reajuste do seu honorário médico?
- A operadora de saúde efetua o pagamento de sua prestação de serviço para pessoa física ou jurídica?

De acordo com o que foi exposto no referencial teórico, glosas são serviços ou procedimentos realizados pelos prestadores de serviço e não pagos pelas operadoras de saúde. No gráfico abaixo, podemos observar que 90% dos entrevistados recebem glosas nos atendimentos realizados e apenas 10% não sofrem glosas.



Gráfico 6: Glosas aplicadas- Fonte: Autora

Seguem trechos dos depoimentos dos entrevistados, informando os motivos das glosas aplicadas pelas operadoras de saúde:

Médico 1“(…) As glosas recebidas são administrativas, por erro de preenchimento de guia e falta de autorização.”

Médico 2“(…) Não sei informar o motivo das glosas. O controle das glosas aplicadas é feito pela faturista”

Médico 4“(…) Paciente sem cobertura contratual, código do procedimento cobrado não é vinculado ao procedimento principal.”

Os prestadores de serviço possuem direito ao recurso de glosa, ou seja, a operadora de saúde, disponibiliza a possibilidade do prestador justificar e recorrer a glosa aplicada. A insatisfação dos prestadores de serviço, é que em alguns casos, não fica claro para os médicos, o motivo das glosas aplicadas e a morosidade para recuperar o pagamento dos atendimentos realizados. Foi possível avaliar, que as equipes administrativas (secretária e faturista) precisam de treinamento. Com isso, otimiza o processo de envio de faturamento para operadoras de saúde, e reduz o percentual de glosas aplicadas ao prestador de serviço, além de gerenciar os recursos de glosas. Identificamos que os médicos não possuem o controle dos atendimentos realizados no mês versus o que foi efetivamente pago.

De acordo com o que preconiza a Agência Nacional de Saúde, anualmente a operadora de saúde, deve realizar a correção dos valores dos serviços contratados com os prestadores de serviços, neste item, vamos expor os critérios que as operadoras utilizam

para aplicar o reajuste aos médicos credenciados. Segue abaixo, trechos das entrevistas realizadas:

“(…) A Unimed reajuste anualmente os valores de consulta, isso ocorre por ser uma cooperativa de médicos.”

“(…) Nem todos os planos de saúde realizam o reajuste anual, conforme preconiza a ANS, exceto a Unimed, que reajuste anual, de acordo com as orientações da Unimed Brasil. Tenho que solicitar para a operadora de saúde o reajuste das consultas e procedimentos realizados, tenho como base solicitar o IGPM – Índice Geral de Preços, mas em grande parte não é aceito pelas operadoras de saúde. As operadoras de saúde acabam reajustando de acordo com IPCA acumulado dos últimos 12 meses.”

“(…) Não faço estudo para solicitar o reajuste, peço anualmente quando a operadora não reajusta automático, quem realiza esse controle de reajuste é a faturista.”

“(…) As autogestões como Caixa Econômica e a Vale reajustam anualmente os honorários médicos de acordo com o IPCA. São enviados comunicados de forma eletrônica sinalizando o reajuste.”

Em todas as entrevistas, a Unimed foi citada de forma positiva, reajustando os honorários médicos automaticamente, sem que o pleito seja do prestador de serviço. Saliento que, a Unimed é uma cooperativa de médicos, ou seja, contribui para melhorias no que tange a classe médica.

A pesquisa revelou a falta do gerenciamento dos custos e processos por parte dos médicos, os profissionais continuam ligado diretamente a assistência e cuidado ao paciente. Despesas assistenciais, administrativas e glosas são geridas pela secretária e faturista.

Todo o pagamento do serviço prestado é feito diretamente para pessoa jurídica, exceto a Unimed, que realizar o pagamento para o médico cooperado, seguindo a Lei Geral das Cooperativas, a 5.764/71.

4.3 Impactos do COVID

Observando-se os acontecimentos do COVID 19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) foi necessário a adoção e aplicação de medidas de segurança, para o que atendimento médico, não fosse interrompido. Na discussão, vamos apontar

quais foram as mudanças e os impactos nos modelos de remuneração médica. Seguem abaixo, trechos das entrevistas realizadas.

“(…) O atendimento no consultório está sendo feito com todo equipamento de proteção individual necessário (máscara, luva e avental). Tivemos um aumento nos custos do EPI. Não houve nenhuma ajuda de custo ou reajuste pelos planos de saúde.” **Médico 6**

“(…) As cirurgias eletivas foram suspensas. Nosso faturamento reduziu na pandemia. Apenas procedimento de urgência e emergência estava sendo realizado nos hospitais.” **Médico 4**

“(…)Aumentou a procura no atendimento psiquiátrico na pandemia.” **Médico 9**

“(…)Não tivemos mudança no modelo de remuneração, e si aumento nos custos de EPI e produtos para higienização, como álcool, gel de limpeza” **Médico 10**

“(…) Com a redução dos atendimentos e faturamento, a Unimed e a Vale disponibilizaram a possibilidade de um adiantamento, durante 2 ou 3 meses, sobre a média dos faturamentos dos últimos 12 meses.” **Médico 2**

“(…) A Unimed ajudou com uma taxa de R\$ 38,00 para os custos do aumento de EPI.” **Médico 5**

Nos trechos das entrevistas realizadas, apenas uma operadora de saúde, caracterizada como cooperativa médica, concedeu auxílio de custo para equalizar os gastos com os equipamentos de segurança. Foi possível identificar uma movimentação das operadoras de saúde, em adiantar o faturamento dos prestadores de serviço, garantido a saúde financeira durante o período da pandemia. Com hospitais lotados, e sem vaga para atendimento dos beneficiários, cirurgias eletivas foram suspensas, impactando algumas especialidades médicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado sobre modelo de remuneração médica, trazendo a visão dos médicos do Rio de Janeiro credenciado à uma operadora de saúde, concluímos que, não existe um modelo de remuneração considerado padrão excelência, existe um modelo predominante, o Fee For Service. O pagamento pelo modelo de orçamentação, mais conhecido como pacote, é utilizado apenas para os médicos cirurgiões, neste modelo temos um parecer favorável pelos entrevistados, um dos motivos é a redução do número de glosas aplicadas.

Existe um movimento no mercado de saúde suplementar para alteração da forma que os prestadores são remunerados, porém as propostas para mudança no modelo de remuneração, deverão ser acompanhadas pelas operadoras de saúde, no sentido de não trazer prejuízo financeiro para os planos de saúde e um ganho na cadeia produtiva, ou seja, restringir os beneficiários à prestação de serviços necessários para o tratamento e diagnósticos das doenças.

Para futuras pesquisas, podemos analisar se em hospitais a predominância do modelo de remuneração também Fee For Service.

Independente do modelo de remuneração que seja praticado, o beneficiário não tem impacto no atendimento médico (relação médico versus paciente). Mas foi possível identificar que, em alguns casos, existe uma agenda para marcação de consulta diferenciada, paciente particular tem prioridade no agendamento das consultas médicas. Mas isso só acontece, quando o profissional administrativo que trabalha com o médico credenciado em uma operadora de saúde, possui treinamento para o gerenciamento e gestão dos pacientes agendados. O paciente particular traz mais retorno financeiro, o valor pago paciente particular é maior, o atendimento realizado pelo plano de saúde possui uma remuneração menor, que é remunerado de acordo com a CBHPM acordada entre o médico e a operadora de saúde.

A agência Nacional de Saúde, órgão regula e fiscaliza as operadoras de saúde, preconiza que, no contrato de prestação de serviços, a forma de reajuste e correção de valores, deve ser clara e objetiva, além de conter a forma e periodicidade que os serviços contratados serão reajustados. Na prática, foi possível avaliar que a forma de reajuste não segue um fluxo padronizado, exceto para uma operadora de saúde, enquadrada na modalidade de cooperativa médica. Os médicos não possuem uma administração sobre este processo, isso em alguns casos, é controlado pelo profissional administrativo que atua no consultório médico, porém não é feito nenhum estudo. Foi possível avaliar a falta de controle da receita e dos custos, pela parte médica.

Os médicos credenciados tiveram um grande impacto no atendimento dos pacientes durante a pandemia do Covid 19, houve uma redução na procura de marcação de consulta e aplicação de medidas de segurança, para o que atendimento médico, não fosse interrompido. Cirurgias eletivas foram canceladas, apenas procedimentos de urgência e emergência eram realizados. Devido alta demanda dos equipamentos de

proteção individual e a escassez no mercado, os preços dos materiais subiriam exponencialmente. Porém, foi possível identificar a intervenção das operadoras de saúde, tentando garantir a saúde financeiro dos seus prestadores de saúde, realizando adiantamento de pagamento ou taxa para apoio nos atendimentos realizados. Estamos passando por um cenário novo e desafiador, de aprendizado para todos os stakeholders envolvidos neste processo.

Na última década, tivemos uma redução 32% nas operadoras médicas hospitalares, em um próximo estudo, podemos analisar se com a pandemia do COVID 19, tivemos alteração desses dados.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Texto para Discussão nº 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília, 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>.

ANS, **Resolução Normativa- RN N° 363, de 11 de dezembro de 2014**, Disponível em: <https://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 29 de maio de 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Notícias. Rio de Janeiro, junho de 2016. Painel de Precificação Planos de Saúde 2015**. Disponível: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2015_completo.pdf. Acesso em 11 de junho de 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados do Setor. Rio de Janeiro, Abril de 2020. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020)**. Disponível: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 07 de junho de 2021

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS 2020). **Dados Gerais, ANS divulga números de abril**. Disponível: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias->

ans/numeros-do-setor/5579-planos-de-saude-ans-divulga-numeros-de-abril. Acesso em 11 de junho de 2021

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS 2019). *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro. **Guia para a implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>. Acessado em 12 de junho de 2020.

BAHIA, L.; VIANA, A. **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil**. In: BRASIL.

MISTÉRIO DE SAÚDE. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BESSA, Ricardo de Oliveira **Análise dos modelos remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**, São Paulo, 2011.

BICHUETTI, José Luiz. MERE, Yussif Ali Jr. **Modelos de Remuneração na Saúde**. Harvard Business Review, 2016. Disponível em <http://hbrbr.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>. Acesso em 03 de maio de 2021

BRASIL. **Lei 9656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Lex: legislação federal, Brasília, DOU em 04 Junho de 1998.

CAETANO, R.; SILVA, A. B; GUEDES, A.C.C. M; PAIVA, C.C.N; RIBEIRO, G.R; SANTOS. D. L; SILVA, R. M. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro**. Caderno de Saúde pública, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br>. Acesso em 03 de maio de 2021

FACULDADE IDE, **CBHPM: o que é e como funciona o cálculo de procedimentos médicos?** Disponível em <https://www.faculdadeide.edu.br/blog/cbhp-m-o-que-e-e-como-funciona-o-calculo-de-procedimentos-medicos>. Acesso em 03 de maio de 2021

FENASAÚDE, O que é Saúde Suplementar? Disponível em <http://https://fenasaude.org.br/>. Acesso em 05/05/2021

Globo.com. *Bem estar*. Rio de Janeiro . *OMS declara pandemia de coronavírus*. (2020).Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em 12 de Junho de 2020.

GOMES, C.L.S.. **Remuneração Médica: Uso de Incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na Saúde Suplementar**. 2010. 111pg. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

LOPES, Janice Correia da Costa. **Gestão da Qualidade: Decisão ou Constrangimento Estratégico**. Lisboa 2014.Disponível: <http://comum.rcaap.pt/>. Acesso em 29 de Maio de 2020.

NETO, Vecina Gonzalo. **Serviços de assistência direta ao paciente. Gestão em saúde**. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <https://www.scielo.br/> . Acesso em 03 de Junho de 2021

PICCHIAI, Djair . **ESTRATÉGIA, ESTRUTURA E COMPETÊNCIAS: ESTUDO DE CASO DE TRÊS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, MODALIDADE AUTOGESTÃO, 2008**. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/Rel172008.pdf>. Acesso em 26 de Maio de 2021

PIETROBONP, L.; PRADO, M L; CAETANO, J.C. **Saúde suplementar no Brasil:o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em 26 de maio de 2021

PORTER, M.; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Tradução: Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007

Piovesan, Armando; Temporini, Edméa Rita. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Revista Saúde pública 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em 26 de maio de 2021

BRASIL TELEMEDICINA, **A telessaúde e as tecnologias para assistência à saúde.** 2019. Disponível em: <https://brasiltelemedicina.com.br/artigo/o-que-e-telessaude-e-como-funciona/>. Acesso em 03 de maio de 2021

SILVA, A.A. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico.** Disponível em: <https://silo.tips/download/relao-entre-operadoras-de-planos-de-saude-e-prestadores-de-servios-um-novo-rela>. Acesso em 12 de junho de 2020.

SILVA, C. A. L. N, **UMA ANÁLISE DOS GASTOS HOSPITALARES SOB O PONTO DE VISTA DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016** Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/25310>, Acessado em 03 de maio de 2021

SOARES, Leite Adriano - **PRESSUPOSTOS E PROPOSTA DE MODELO PARA A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO DO MÉDICO CIRURGIÃO NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, 2012 -.** Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/adriano_leite_soares_tese_pdf.pdf. Acessado em 03 de maio de 2021

TAKAHASHI, A.C. D - **ANÁLISE DO MODELO DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR PAULISTANO (2011).** Disponível em: <https://gvpesquisa.fgv.br/teses-dissertacoes/analise-do-modelo-de-remuneracao-hospitar-no-mercado-de-saude-suplementar> Acessado em 05 de maio de 2021

UNIDAS, **Duas das maiores autogestões do país, Cassi e Geap agem com resiliência, reverterem desequilíbrio econômico e encerram direção fiscal.** Disponível em: <https://unidas.org.br/>. Acesso em 26 de maio de 2021

UNIMED, Cooperativismo. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>. Acesso em 05 de maio de 2021

Anexo I – Questionário

PESQUISA DE CAMPO: QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS MÉDICOS CREDENCIADOS EM OPERADORAS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO.

Prezado senhor (a),

Venho por meio deste solicitar sua participação em uma pesquisa acadêmica. Sou aluna do mestrado do curso de Administração na Universidade Unigranrio, na cidade do Rio de Janeiro. Estou elaborando meu trabalho de conclusão de curso com o tema: Análise dos modelos de remuneração médica: visão dos médicos credenciados à uma operadora de saúde.

Solicito sua colaboração, respondendo o questionário abaixo:

Nome do entrevistado:

Especialidade Principal:

Quais operadoras de saúde você atende?

1. Conhece os modelos de remuneração médica existentes?
2. Quais são os modelos de remuneração utilizados pelas operadoras de saúde que você trabalha?
3. Qual o modelo de remuneração que as operadoras de saúde utilizam para pagar seus honorários médicos?
4. Existe glosa nos serviços prestados? Se sim, qual motivo?
5. Qual critério para o reajuste do seu honorário médico?
6. Qual modelo de remuneração utilizado pela operadora de saúde que você considera melhor? Justifique.
7. Qual modelo de remuneração utilizado pela operadora de saúde que você considera pior? Justifique.
8. O modelo de remuneração que a operadora de saúde utiliza para pagar seus honorários médicos, tem impacto no atendimento do paciente? Justifique.
9. Existe diferença no seu atendimento ao paciente quando ele é particular e quando o beneficiário de um plano de saúde?
10. A operadora de saúde efetua o pagamento de sua prestação de serviço para pessoa física ou jurídica?
11. Com a pandemia do Covid 19, houve mudanças no pagamento dos seus honorários médicos?