

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

BEATRIZ SANTOS ROCHA OLIVEIRA
VIRGÍNIA LUZMILA DAVILA QUISPE

O MERCADO DA SAÚDE FRENTE AOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO
CAPITATION E *PAY FOR PERFORMANCE*: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JOINVILLE

2022

BEATRIZ SANTOS ROCHA OLIVEIRA
VIRGÍNIA LUZMILA DAVILA QUISPE

O MERCADO DA SAÚDE FRENTE AOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO
CAPITATION E PAY FOR PERFORMANCE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Gestão
Hospitalar do Instituto Federal de Santa
Catarina para obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar

Nome do Orientador: Prof. Jorge Cunha,
Msc.

JOINVILLE

2022

Oliveira, Beatriz Santos Rocha.

O mercado da saúde frente aos modelos de remuneração *capitation* e *pay for performance*: uma revisão de literatura / Beatriz Santos Rocha Oliveira, Virgínia D'Ávilla Quispe – Joinville, SC, 2022.

p. 74

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2022.

Orientador: Msc. Jorge Cunha.

RESUMO

A Saúde Suplementar no Brasil tem enfrentado grandes desafios. Dentre estes, destacam-se a qualidade do serviço prestado, os elevados custos, o envelhecimento da população, pouco investimento em tecnologia e ainda, uma visão hospitalocêntrica do cuidado ao paciente. Todos esses fatores corroboram para um cenário de mercado da saúde que necessita urgentemente de mudanças. Sob essa perspectiva, este trabalho tem como objetivo avaliar o posicionamento do mercado da saúde por meio de uma revisão de literatura dos modelos de remuneração *capitation* e *pay for performance*. A pesquisa se baseia em um estudo bibliográfico narrativo de abordagem qualitativa, aplicada e descritiva. Apesar de certa escassez de publicações, ainda é possível observar a aplicação de tais modelos em segmentos variados da saúde. O *capitation* é melhor aceito na atenção primária devido ao seu foco voltado para a prevenção. Por outro lado, pode gerar desigualdades entre os usuários devido a sua aplicação ser voltada a uma taxa *per capita* de um grupo específico de pessoas. O *pay for performance* também oferece vantagens e desafios em sua implantação, como o pagamento aos prestadores estar aliado ao índice de desempenho, entretanto, sua complexidade reside no processo de implantação.

Palavras-Chave: Modelos de Remuneração, *Capitation* e *Pay For Performance*.

ABSTRACT

Supplementary Health in Brazil has faced great challenges. Among these, the quality of the service provided, the high costs, the aging of the population, little investment in technology and a hospital-centric view of patient care stand out. All these factors contribute to a health market scenario that urgently needs changes. From this perspective, this work aims to evaluate the positioning of the health market through a literature review of the capitation and pay for performance models. The research is based on a narrative bibliographic study with a qualitative, applied and descriptive approach. Despite a certain scarcity of publications, it is still possible to observe the application of such models in various segments of health. Capitation is better accepted in primary care because of its focus on prevention. On the other hand, it can generate inequalities among users due to its application being aimed at a per capita rate of a specific group of people. Pay for performance also offers advantages and challenges in its implementation, as the payment to providers is allied to the performance index, however, its complexity lies in the implementation process.

Keywords: Compensation, Capitation and Pay For Performance Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de Regulação Bipartite	23
Figura 2: Fluxo de Faturamento <i>Fee For Service</i>	34
Figura 3: Modelo Retrospectivo Tradicional	36
Figura 4: Modelo Prospectivo Baseado em Valor	38
Figura 5: Fluxo de Faturamento por capitação.....	40
Figura 6: Fluxo de Faturamento por desempenho	41
Figura 7: Coleta de dados Modelo <i>Capitation</i>	47
Figura 8: Coleta de dados Modelo <i>Pay for Performance</i>	48
Figura 9: Abordagem Central dos artigos encontrados	54
Figura 10: Modelo de Remuneração baseado em valor:	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Acontecimentos Seleccionados nos 21 anos da ANS	26
Quadro 2: Estratégia de busca nas bases de dados	44
Quadro 3: O posicionamento do mercado da saúde frente ao modelo <i>Capitation</i>	50
Quadro 4: O posicionamento do mercado da saúde frente ao modelo <i>Pay For Performance</i>51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de estudios	49
------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO – ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATION
ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BDTD – BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES
BVSMS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
CAP'S – CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
CATEC – CÂMARA TÉCNICA DE CONTRATUALIZAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PRESTADORES
CAPES-COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CBHPM – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS
CNS – CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
CONSU – CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
COVID-19 – CORONA VIRUS DISEASE
DESAS – DEPARTAMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
FGV – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
GT – GRUPO TÉCNICO
IAP's – INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDEC – INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR
INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL
INAMPS INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS
NIP – NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR
ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDA
PDA – PLANO DE DADOS ABERTOS
PERSUS – PROTOCOLO ELETRÔNICO DE RESSARCIMENTO DO SUS
PFP- PAY FOR PERFORMANCE

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

PGC – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PMAQ -AB – PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE E DO ACESSO À
ATENÇÃO BÁSICA

PQSS – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

QUALISS – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE
SERVIÇOS DE SAÚDE

RDC – RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUSEP – SUPERINTÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

TI – TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

TISS – TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

TUSS – TERMINOLOGIA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

UTI – UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Cenário atual da Saúde	16
1.2 Justificativa	17
1.3 Definição do Problema	18
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1 Objetivo Geral.....	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Saúde Suplementar	20
2.1.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar	22
2.2 Mercado da saúde.....	27
2.2.1 Prestadoras de Serviços	28
2.2.2 Operadoras de Planos de Saúde	28
2.2.3 Beneficiários	29
2.3 Custos da área da saúde.....	30
2.4 Faturamento na Saúde Suplementar	32
2.5 Modelos de Remuneração.....	35
2.5.1 Modelos de remuneração retrospectivo	36
2.5.2 Modelos de Remuneração Prospectivos	37
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 Caracterização da pesquisa.....	42
3.2 Procedimento de coleta de dados	43
3.2.1 Definição da Base de dados:.....	43
3.2.2 Estabelecimento dos Descritores:	43
3.2.3 Critérios de Inclusão das Publicações:.....	43
3.2.4 Critério de exclusão das Publicações:.....	43
3.2.5 Estratégia de busca e seleção:.....	44
3.2.6 Dados a serem coletados	44
3.2.7 Registro e organização dos dados coletados	45
3.2.8 Análise dos dados coletados	45
3.2.9 Ética na Pesquisa.....	45

3.3 Dados Coletados.....	45
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4.1 Fase 1: Descrição e Característica	53
4.1.1 <i>Capitation</i>	53
4.1.2 <i>Pay for Performance</i>	55
4.2 Fase 2: Posicionamento do Mercado da Saúde	56
4.2.1 Posicionamento dos Prestadores	56
4.2.2 Posicionamento das Operadoras	60
4.2.4 Posicionamento dos beneficiários	62
4.3 Fase 3: Viabilidade dos modelos.....	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

1.1 Cenário atual da Saúde

Ao longo dos anos, a dinâmica e o modo de vida da sociedade têm se modificado gerando impactos, inclusive, nos setores da saúde. Com isso, nota-se que as atividades hospitalares aumentaram, levando os governos a limitarem os pagamentos das faturas e obrigando, de maneira indireta, os gestores a aplicarem e repensarem os gastos. Considerando que as faturas hospitalares são geradas a partir das informações que diversos profissionais inserem nos prontuários, uma das maiores dificuldades será diminuir erros que geram custos altos, para não refletir no pagamento dessas contas. É imprescindível que, os hospitais façam um gerenciamento mais eficiente, buscando alinhar despesas e faturamento, evitando assim, uma quebra financeira (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Para que isso ocorra de maneira saudável é preciso conhecer o faturamento das organizações de saúde. Este compreende todos os processos, desde a recepção do paciente-cliente à cobrança e pagamento dos valores. Avalia-se também que nessa atividade corre o risco de haver rentabilidade ou perdas financeiras, desde que a equipe esteja ou não engajada nos processos. Essa atividade tem como um dos principais objetivos evitar as glosas, que nada mais são do que erros de valores faturados e cobrados nas guias médicas equivocadamente. (SILVA et al., 2013).

A saúde suplementar intermedia entre três agentes, conhecidos também como 'mercado da saúde' formado pelos beneficiários, operadoras de planos e prestadores de serviço. Mas como funciona essa interação entre os agentes? Durante a contratação de um plano/convênio de saúde – este ofertado pela operadora – o beneficiário solicita um serviço de assistência médica, ofertado pelo prestador. Esses agentes, no atual modelo de remuneração, têm diversas insatisfações. Pois o beneficiário muitas vezes paga um plano que não tem uma cobertura que lhe agrade, as operadoras não conseguem finalizar seu orçamento e os prestadores estão sempre fazendo reajustes financeiros necessários e/ou solicitados pela Agência Nacional de Saúde (FATURMÉDICA, p. 20, 2007).

Nesse contexto, a presente pesquisa se propõe a analisar os modelos de remuneração que serão futuramente implantados em negociações das instituições de saúde. Nota-se que os custos gerados na área da saúde têm se tornado insustentável para as instituições do Brasil, fazendo que estas tenham margens baixas de lucro.

Existem diversas causas envolvendo um alto custo para a saúde brasileira: fraudes, modelo de remuneração vigente (*fee for service*), uso inadequado da tecnologia, variação dos custos médico-hospitalares, mudança no estilo de vida da população, mudanças políticas, tributações, e mudança econômicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE, 2017).

1.2 Justificativa

A área da saúde está exigindo cada vez mais, melhores resultados administrativos. Ressaltam-se os marcos legais que contribuem para o desenvolvimento da saúde suplementar do Brasil, criando normas que a partir do momento da criação são repassadas às operadoras para que se adéquem ao que lhes é proposto. Esta pesquisa é elaborada a partir do marco legal, no ano 2000, que é a implementação da Agência Nacional em Saúde, pois, configura um dos grandes momentos para o setor suplementar brasileiro:

É importante citar os critérios políticos e econômicos que norteiam esse mercado, como, por exemplo, os casos de fraudes e o seu impacto na saúde suplementar. Questões tributárias, também, são motivos a busca da implementação de novos modelos de remuneração. Novas abordagens a respeito do futuro da Saúde Suplementar do Brasil são necessárias. Atualmente existem no Brasil 965 operadoras de saúde, essas contemplam cerca de 47 milhões de beneficiários (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020). Enquanto a população brasileira é estimada em mais de 210 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Observa-se que as operadoras prestam assistência médica à 22,38% da população, número esse que vem caindo ao longo do tempo, como demonstrado pelos indicadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar entre 2010 e 2020.

Tendo em vista a difusão de diversas formas de pagamento, alguma citadas nesta pesquisa, observa-se a necessidade de tratar os modelos de remuneração

capitation e *pay for performance* minuciosamente. Primeiramente, dado que são modelos implantados em alguns países e, que de acordo com a literatura, ofereceram resultados satisfatórios. Em segundo lugar, são modelos que já estão sendo implementados aos poucos, como no caso do governo federal, que decidiu implantar o *capitation* na atenção primária e o *pay for performance* nas unidades básicas de saúde (UBS).

A discussão sobre eficiência dos modelos de remuneração, como também fatores relacionados as mudanças do estilo de vida da sociedade, uso de tecnologias, entre outros; corroboram para a relevância deste trabalho.

O debate sobre esse tema também é fundamental para a formação do Gestor Hospitalar, pois, além de ter capacitação para exercer a função no setor de faturamento, deve estar pronto para as novas tendências do mercado da saúde suplementar.

1.3 Definição do Problema

Este trabalho tem como pergunta norteadora a seguinte questão: como se posicionam as prestadoras de assistência à saúde, as operadoras de planos e os beneficiários com a implantação dos modelos de remuneração *Capitation* e *Pay For Performance*?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Descrever o posicionamento das prestadoras, operadoras e beneficiários diante dos modelos de remuneração *Capitation* e *Pay For Performance*.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ❖ Descrever os modelos de remuneração *Capitation* e *Pay For Performance* e suas características;

- ❖ Identificar o posicionamento do mercado da saúde diante dos modelos *Capitation* e *Pay For Performance*;
- ❖ Analisar a viabilidade da aplicação desses dois modelos para o mercado da saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde Suplementar

Para Lourenço et al. (2012), a história da humanidade está relacionada diretamente ao desenvolvimento do conceito da saúde. Apesar de não ter uma definição única, a palavra saúde, como conhecemos hoje é uma obrigação coletiva e um direito individual.

De acordo com Gusso (2015), há um grande conflito entre o sistema de saúde público e o privado. Ao ser estabelecida a constituição de 1988 e a criação do SUS, fica sob responsabilidade do Estado subsidiar todos os cuidados relacionados à saúde da população, porém, o mesmo autor concluiu que o cenário dicotômico atual já era esperado, devido a essa mesma constituição estabelecer a livre iniciativa privada. Anteriormente o sistema de saúde suplementar se desenvolveu dentro de um sistema baseado nos ideais *bismarckiano* (como os Institutos Nacional de Previdência Social ou Seguros em Saúde), substituída pelo *beveridgiano* (também conhecido como o SUS ou sendo financiado pelo governo), porém, mantendo ainda o seguro social. Sendo um dos maiores desafios para a saúde, em específico, Atenção Primária da Saúde, lidar com a prevenção e ao número reduzido de trabalhadores ao nível de assistência.

Desde a independência do Brasil em 1822, o cenário da saúde brasileira passou por diversas mudanças, dentre elas destacam-se a criação de institutos de saúde, como: Instituto Soroterápico do Rio de Janeiro, 1903; institutos especializados em pesquisas liderados por Carlos Chagas em 1920; formulação da Lei Elói Chaves em 1923 como um seguro social; criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) também em 1920. Logo em seguida, em 1930 o CAP's é transformado em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que davam um amparo maior a população, entretanto este não dava qualidade de vida aos moradores da zona rural.

A partir da década de 60, novas leis surgiram, novas demandas da sociedade e conseqüentemente a extinção dos IAP's. Em contrapartida, surge o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que seria posteriormente substituído pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

(SUDS) em 1980 e logo após contribuiria para o surgimento do SUS (FIGUEIREDO e TONINI, 2009).

Por outro lado, a saúde suplementar no Brasil, foi regulamentada pela Lei 9.961/2000, tendo três atores principais: prestadores de serviço, operadoras de planos e beneficiários. Sendo definidos pela Faturmédica (2017, p.16) da seguinte forma:

Natureza Mercantil e contratual das relações entre os atores [vínculo contratual entre os envolvidos – usuário x operadora / operador x prestador]; Demanda Seletiva, com público restrito [nem todos usuários do SUS podem optar por uma assistência suplementar, pois existem valores a serem pagos]; Valor da prestação de serviços com tendência a aumentar [tantos os valores pagos pelos os usuários à operadora quanto os valores pagos pela operadora aos prestadores, estão sempre com tendência a aumentar].

Segundo Ziroldo, Gimenes e Júnior (2013), a Saúde Suplementar constitui uma parcela importante no serviço assistencial, pois, este contempla um número significativo de beneficiários. Estes mesmo autores, destacam o infortúnio que o Estado produz, quando transfere ao setor privado a responsabilidade que não lhe convém, pois, a obrigatoriedade constitucionalmente da promoção, prevenção, cuidados relativos à saúde é dever do governo.

Lorenzetti et al. (2014) contrapõe a ideia citada, demonstrando em seu estudo os gastos ocorridos no setor da saúde. Com sua pesquisa voltada para a realização de entrevistas com gestores, evidencia-se a saúde na esfera pública como uma conquista, enquanto na esfera privada a prestação de serviços está relacionada a atenção primária. No entanto, esses mesmos gestores, caracterizam a gestão pública da saúde como defasada, visto que não são alocados recursos financeiros suficientes para cuidado efetivo da saúde. Relatando diversos problemas na gestão da saúde, dentre elas, destacam-se a falta de capacitação dos gestores, métodos estratégicos ultrapassados e a insatisfação dos agentes nos serviços de saúde.

Para Sestelo, Souza e Bahia (2013) em uma revisão de literatura sistemática, apontam que a saúde no Brasil passou por diversas mudanças sociais, políticas e ideológicas entre os anos 1980 e 1990, e os impactos que as reformas neoliberais tiveram nesse setor. Questões essas que, embora antigas, continuam em voga atualmente. Em seu estudo, o contraste entre saúde versus economia, público versus privado, liberal versus estatal, afeta diretamente a atual situação da saúde brasileira.

Baseado nessa premissa, a saúde da população brasileira está à mercê dessas disputas.

No relatório mundial elaborado em 2002, as doenças crônicas que afetavam a população no mundo, atingiram níveis econômicos alarmantes, como, por exemplo, a hipertensão nos EUA, que correspondem a 12% do PIB do país. Neste sentido, foram desenvolvidos oito elementos para o aprimoramento da saúde: mudança de paradigmas, gerenciar o ambiente político, desenvolvimento de um sistema de saúde integrado, aproveitar os recursos, centralizar o tratamento na família e no paciente, apoiar os pacientes e incentivar a prevenção. Em seguida, o relatório aborda como deveria ser sistematizado esses elementos conforme o ambiente de saúde: nível micro (paciente), meso (organizações e comunidade) e macro (político).

Quando esses três níveis funcionam e atuam em consonância, o sistema de saúde é eficiente e eficaz e os pacientes apresentam melhoras em seu quadro clínico. Qualquer dissonância entre os níveis gera desperdícios e ineficácia. Infelizmente, em se tratando das condições crônicas, é comum haver disfunção no sistema (RELATÓRIO MUNDIAL, 2002, p. 35).

Conforme defendido pelos autores citados anteriormente, a saúde brasileira deve agir como uma rede integrada, servindo a população para melhorar a qualidade de vida como os serviços ofertados. A Saúde Suplementar no Brasil, entra nesse contexto como uma atuante na assistência à saúde.

Um dos principais focos do setor suplementar é ofertar um serviço de qualidade com remuneração justa atendendo financeiramente os atores envolvidos. A proposta deste estudo constitui a abordagem destes modelos de remuneração, sobretudo os modelos *capitation* e *pay for performance*, tendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar como a principal entusiasta da implantação desses modelos de remuneração em saúde, além do que a agência desempenha o papel de fiscalizar, aplicar penalidades conforme as normas estabelecidas e avaliar os indicadores das operadoras. Veremos a seguir, que a saúde suplementar no Brasil está amparada legalmente e como ocorreu o processo da criação da Agência Nacional da Saúde.

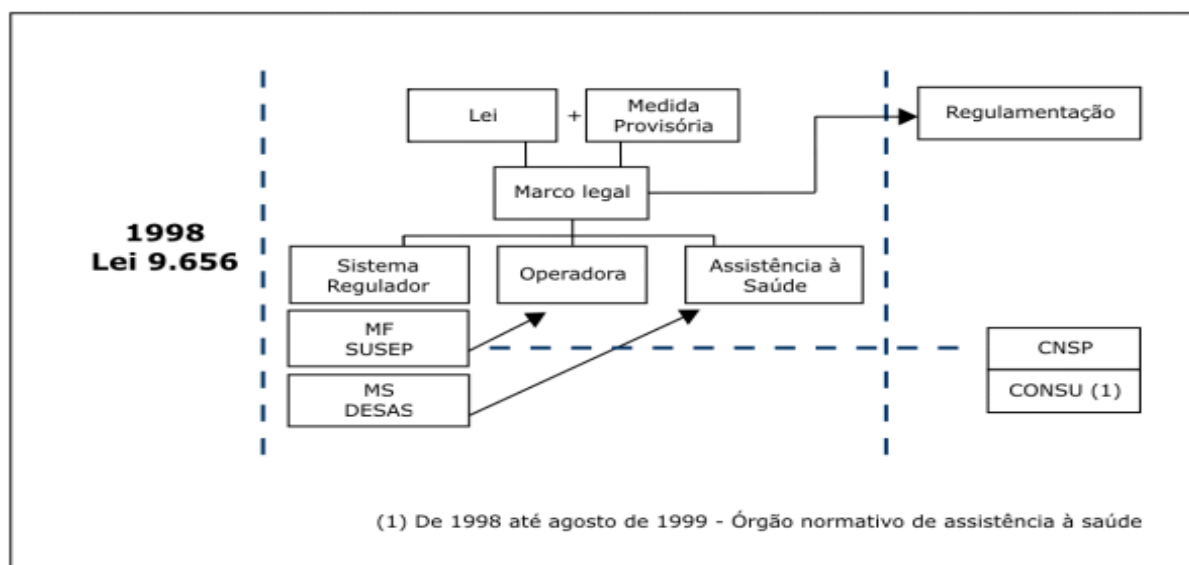
2.1.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma resposta às diversas reclamações dos beneficiários, feita ao Instituto de Defesa ao consumidor — IDEC. Esta autarquia está vinculada ao Ministério da Saúde e tem como principal função exercer um conjunto de medidas e ações do governo que envolve a criação de

normas, controle e fiscalizações, de modo a assegurar os interesses da população. Tem como missão a promoção à saúde e regulamentação da relação entre consumidores e operadoras de saúde, além de contribuir para o desenvolvimento da saúde brasileira (FREITAS et al., 2011; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Após grandes debates na Câmara dos Deputados, em 1997 foi aprovado no congresso a primeira versão da Lei de Regulamentação dos planos de saúde, em que visava uma regulação maior do setor, ofertando uma alternativa mais saudável para o setor da economia e da saúde em seu modo de atuação. Logo em seguida, no ano de 1998, a lei passou de um plano de referência (já vigente no ano anterior para o mercado da saúde) para um plano obrigatório e único. A partir desse momento, o país adotava um sistema de regulamentação bipartite alterando o cenário da saúde (BRASIL, 2011). A figura 1 abaixo, aborda como ocorreu a criação da Lei 9.656 em 1998:

Figura 1: Sistema de regulação bipartite



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003

Como é possível observar na figura 1, a Lei 9.656/98 deu os primeiros passos para a regulamentação do setor. Entretanto, não foi suficiente. Houve mudanças no sistema regulamentador vigente até então. Os mecanismos de regulação existentes, SUSEP — Superintendência de Seguros Privados e DESAS — Departamento da Saúde Suplementar, foram unificados e o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)

foi transformado em Conselho Ministerial, tendo suas atividades ampliadas e apoiadas pela Câmara de Saúde Suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003).

No ano 2000 é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob Lei de n.º 9.961 com sede No Rio de Janeiro, cuja missão é de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar da Saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para ações de saúde. Sendo assim, foram estabelecidas as primeiras regras de regulação como: garantias financeiras a serem constituídas pelas operadoras, transferência de controle societário de operadoras; normas para a alienação compulsória de carteira e definição de regras sobre a liquidação extrajudicial das operadoras, e com o objetivo assistir à atenção prestada aos beneficiários foi criado o SIP — Sistema de Informações de Produtos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Apesar deste trabalho não ter como objetivo tratar o surgimento do SUS é de suma importância a contextualização histórica para que esteja claro o surgimento dos hospitais privados e todas normas legais que os sustentam. Ainda em 1960, com todas dificuldades em atender a demanda reprimida da sociedade, vários hospitais públicos vieram a ser privatizados sob a justificativa de que a iniciativa privada atenderia melhor a população, então incentivos de créditos, empréstimos e um maior estímulo à iniciativa privada no setor da saúde foi colocado em movimento (CALVO, 2002).

Vale destacar a crítica realizada pelo autor Massuda (2020) quando abordava a respeito do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), quando se instalou o programa “Previne Brasil”. Visto que o programa tem diretrizes em que mudam o sistema de remuneração por produção para a capitação. Esse mecanismo de financiamento tem o objetivo que repassar verbas governamentais, baseados no número de pessoas inscritas no programa Previne Brasil, além do desempenho dos profissionais de saúde e não somente na quantidade de habitantes do município (obrigando indiretamente mais atuação da sociedade e das equipes de saúde). A grande preocupação salientada pelo autor é aumentar a desigualdade social, concluindo que a aplicação de tais formas de financiar a saúde agravará o subfinanciamento público e deve ser enfrentado com apoio da sociedade.

Contrariando a visão de Poli et al., 2016; Resende. et al., 2021, que destacam a aplicação desses modelos tendo como referências países mais desenvolvidos, que

visa uma maior satisfação do profissional, além da oferta de qualidade da prestação de serviços para população. Em Curitiba-PR, por exemplo, a aplicação do Pagamento por Desempenho visa aumentar o vínculo entre o profissional e o usuário da Saúde. No Rio de Janeiro-RJ a aplicação de tais modelos em uma Unidade Básica de Saúde é mais antiga, iniciada em 2011, tornando o uso dos recursos financeiros mais previsíveis. Ainda assim, é enfatizado pelos autores a necessidade de mais estudos relacionados a esses modelos de remuneração, principalmente no que tange a novas políticas públicas como o Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso à Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011.

Segundo a Portaria 2.979/2019, o novo programa tem o intuito de aplicar o modelo de remuneração Capitação, além do Pagamento por Desempenho (foco dessa pesquisa) e incentivar ações estratégicas que viabilizem melhorias no sistema público de saúde. Esses modelos já foram aplicados em algumas cidades do Brasil, como Rio de Janeiro-RJ e Curitiba-PR, apresentando bons resultados em seus indicadores (Poli. et al., 2016; Resende. et al., 2021). Em se tratando do setor privado, a saúde suplementar, regida pela ANS, elaborou em 2016 grupos técnicos com projetos pilotos que incentivassem a aplicação de novas formas de remuneração (será tratado a respeito desse assunto posteriormente).

Dado sua historicidade, segundo a Agência Nacional de Saúde, o setor de planos e seguros tornou-se um dos maiores sistemas de saúde privado do mundo. Destacando-se por iniciativa de melhorias nos serviços de assistência à saúde e desenvolvimento de projetos e tecnologias que prestam auxílio aos beneficiários e operadoras de saúde e com isso se vê cada vez mais desafiada a implementar modelos de remuneração baseados em valor (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2021).

Conforme quadro 1, a Agência Nacional da Saúde estabelece critérios no mercado da saúde, buscando evitar os conflitos entre os envolvidos. O Quadro 1 aborda os principais acontecimentos ocorridos ao longo de 21 anos da Saúde Suplementar:

Quadro 1: Acontecimentos selecionados nos 21 anos da Agência Nacional de Saúde:

Ano	Principais Acontecimentos
2000	Criação da ANS através da Lei 9.661/2000.
2001	Criação do Disque ANS e Sistema de Informação de Produtos.
2002	Norma de Cadastramento dos Beneficiários.
2003	1º Fórum de Saúde Suplementar e Criação do Programa Parceiros da Cidadania.
2004	Criação do Programa Qualificação da Saúde Suplementar
2005	Criação do Padrão TISS, Atlas Econômico e Financeiro, e Rede de Centros de Colaboradores.
2007	Acordos de Cooperação Técnica com órgãos de defesa do consumidor.
2008	Criação do Programa Parto Normal: Deixe a vida acontecer naturalmente.
2009	Lançado a Guia ANS.
2010	Criação o Procedimento de Notificação e Investigação Preliminar – NIP.
2011	Implantação da Agenda Regulatória.
2012	1º monitoramento do cumprimento de prazos de atendimento
2013	Ampliados os critérios usados nos monitoramentos da Garantia de Atendimento
2014	Aprovada Norma para melhorar a informação dos beneficiários sobre o seu plano de saúde e facilitar a comunicação entre a ANS, as operadoras e os consumidores.
2015	Lançado o PERSUS (Protocolo Eletrônico de Ressarcimento do SUS), lançado o aplicativo ANS, nova versão do D-TISS e Projeto Parto Adequado
2016	Lançado o Projeto OncoRede, Projeto Sorrir, 1º Incentivo ao desenvolvimento tecnológico, Grupos Técnicos de Modelos de Remuneração em Saúde
2017	Disponibiliza o Plano de Dados Abertos (PDA) e sua Biblioteca Virtual abertos ao público
2018	Instaura a câmara técnica para debater o relacionamento entre operadoras e prestadores de serviço, Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde
2019	Lançado do Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade hospitalar
2020	Projeto Cuidado Integral à Saúde, Medidas de combate à Covid-19, campanhas #BoaHora e #ANSCom Você
2021	23 anos da Regulamentação dos planos de Saúde

Fonte: Agência Nacional de Saúde, 2021

Gamarra (2017) ao realizar uma pesquisa bibliográfica a respeito das produções acadêmicas no que tange a Agência Nacional de Saúde (ANS), descreve-a como agência regulamentadora responsável pelos planos de saúde no Brasil. Organizou sua pesquisa em três aspectos centrais: aspectos econômicos da regulamentação, aspectos político-jurídicos da regulação e aspectos relacionados à saúde da regulação. Notando os desafios que circundam a ANS, conclui-se que existem severas críticas a essa autarquia do governo, pois, permeia a visão da regulamentação como mecanismo de atraso no desenvolvimento das operadoras, fato esse, por não haver conhecimento suficiente das funções da Agência Nacional da Saúde.

Ocké-Reis (2007) destaca em seu artigo, a importância dessa agência no mercado da saúde, visto que este tem uma competitividade limitada devido às

operadoras de planos de saúde mais influentes tornarem-se oligopólios, deixando a prestação de serviços de qualidade em segundo plano. Apesar do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) ter o intuito de equilibrar os custos das operadoras; a economia e a política concomitante à prestação de serviços, não diminuiria a ação de operadoras líderes no mercado que visam uma lógica de lucro excessivo e preços altos para seus consumidores, ainda que a ANS apresente propostas inovadoras como o PQSS, a falta de concorrência/competição não causa impactos significativos para as operadoras, tornando a agência regulamentadora obsoleta.

Para concluir, o que circunda o cenário da ANS e o mercado da saúde, Junior e Koyama (2007), revelam como o modelo de remuneração que intermedeia o relacionamento entre prestador e operadora de plano torna-se insustentável para o setor. Apesar de programas de qualidade da prestação de serviços, os custos relacionados à saúde não são atenuados, pois, a remuneração predominante — *fee for service* — incentiva a produção desenfreada da assistência em saúde, além disso, o prestador não é bem remunerado pela sua atuação dos seus atendimentos. Nesse sentido, os autores trabalham com a atribuição de valor através de parâmetros quantificáveis. Em seu artigo, chegaram à conclusão que a operadora e o prestador têm a responsabilidade de garantir a qualidade dos serviços. Entretanto, os beneficiários ainda não têm conhecimento acerca das questões operacionais do processo, ou seja, os beneficiários fazem reclamação à ANS, entretanto, as queixas não têm relação significativa a pedidos de exames adicionais desnecessários (que geram custos), mas sim a questões como acessibilidade, valor, hospitalidade, entre outros.

2.2 Mercado da saúde

O mercado da Saúde suplementar é compreendido por três agentes principais, intitulados como beneficiários, prestadores e operadores. Um grande dilema surge entre eles: o crescente aumento dos recursos financeiros relacionados à saúde. Enquanto a prestadora oferece determinado serviço, essa acaba por ser lesada devido à morosidade no processo de pagamento das contas. Por outro lado, as operadoras (articuladores entre beneficiários e prestadoras) tem um aumento

significativo das suas receitas. O beneficiário no que lhe concerne, tem seu plano de saúde cada vez mais caro e com uma taxa de cobertura menor. Vejamos a seguir como se caracterizam e portam cada um desses agentes (FATURMEDICA, 2007).

2.2.1 Prestadoras de Serviços

Entende-se como prestador de saúde a pessoa física ou jurídica que realiza a execução do serviço, tem como principal requisito a prevenção de doenças, recuperação do estado de saúde do paciente e manutenção da vida. Pode ser compreendida como hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou qualquer atividade relacionada a saúde. Caso a prestadora tenha vínculo com a operadora por meio do credenciamento ou contrato, esta é submetida a algumas obrigações e direitos da Lei nº 9.961 de 2000, como, por exemplo: é vedada a prestador a discriminação de qualquer paciente, os exames e procedimentos clínicos devem ser realizados consoante as necessidades dos pacientes, é vedado a restrição de atividades apenas para um profissional específico (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2019; SILVA,2003).

2.2.2 Operadoras de Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar em seu artigo primeiro da Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 39, definiu e classificou as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde no Brasil como:

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)

Segundo a RDC no Capítulo IV, Art. 10, classifica as operadoras nas seguintes modalidades: administradora; cooperativa médica; cooperativa odontológica; autogestão; medicina de grupo; odontologia de grupo e filantropia.

2.2.3 Beneficiários

De acordo a Resolução Normativa N° 295, de maio de 2012, no Art. 2°, beneficiário é definido como: “pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado”. Estando cadastrado na operadora como regulamenta a ANS:

- a) Beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora;
- b) Beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular;
- c) Beneficiário ativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor; e
- d) Beneficiário inativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano não está em vigor (BRASIL, 2000)

Segundo a Agência Nacional de Saúde, em abril de 2021, contabilizavam 48.103.656 de beneficiários em planos de assistência médica e 27.689.703 exclusivamente para planos odontológicos. Registrando um aumento de 297,6 mil beneficiários em relação ao período homólogo. Esse aumento, levou a reajustes de alguns planos regulamentados pela Agência Nacional de Saúde, como em planos coletivos tornando obrigatório as informações nos boletos de pagamento e fatura, maior comunicação entre a operadora e o contratante, entre outras. Outro reajuste feito está relacionado a faixa etária do beneficiário, sob a alegação de usos mais frequentes dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2021).

Para Daros et al. (2016), prestar serviço de qualidade aos beneficiários está atrelado ao crescimento do mercado da saúde. A maneira que os usuários dos planos de saúde avaliam os serviços contribuem para a melhora dos indicadores de desempenho, instrumento exigido pela Agência Nacional de Saúde para levantar informações necessárias.

Nesse mesmo estudo realizado por Daros et al. (2016), constatou-se que, que as mensagens eletrônicas enviadas, totalizando 341; 34% das respostas tiveram queixas contratuais (reembolso, documentos, contratos, cancelamentos, etc.); 27% queixaram-se da impossibilidade de realizar determinados serviços; 18%, falta de continuidade no cuidado; 14% sem nenhuma queixa específica, e por fim; 8%, caracterizado como outros. Diante disso, sob perspectiva da integralidade, o cuidado

ao paciente tem se tornado cada vez mais fragmentado na saúde suplementar, por diversos motivos, como a baixa remuneração dos profissionais em saúde, o excesso de serviços prestados pelos mesmos, modelo de faturamento/remuneração entre prestadores e operadoras obsoletas, utilização excessiva de instrumentos para realização de exames algumas vezes desnecessários.

2.3 Custos da área da saúde

A Organização Mundial da Saúde elaborou em 2018 um estudo com um grupo de especialistas sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos financeiros na saúde, tendo em vista que a saúde mundial em 2030 deve corresponder com a agenda de desenvolvimento sustentável, estabelecida pela ONU. O estudo tem o intuito de estabelecer estratégias que reduzam os gastos com a saúde e para isso foram estabelecidas 16 intervenções direcionadas para seis áreas de enfrentamento: tabaco, álcool, dieta, inatividade física, gestão de cardiopatias e cuidados com o câncer. O estudo abordou uma análise econômica hipotética, em países de baixa renda, demonstrando que se caso houvessem as intervenções e fossem investidos US\$ 1,27 por pessoa teria um retorno na economia de cerca de US\$ 200 bilhões de dólares, além das vidas salvas.

Além disso, o Relatório Mundial da Saúde de 2018, abordou a cobertura universal da saúde e os efeitos contrários da falta da cobertura. O relatório apontou 10 principais causas da ineficiência com a utilização dos recursos da saúde, dentre eles destacam-se: medicamentos com custo mais elevado do que o necessário, sem efetividade, além da utilização inadequada, excesso da busca por recursos de saúde (pagamento por produção), capital humano mal utilizado, serviços de saúde de baixa qualidade (infraestrutura e atendimento), desperdícios e fraudes; e por fim, intervenções sem impactos significativos.

O relatório propõe a capitação como uma forma de pagamento aos prestadores de saúde, visto que os custos para um procedimento (como o parto cesáreo) tem aumentado anualmente. Sendo incentivado esse modelo, principalmente na atenção primária. Reforçando o objeto dessa pesquisa, o relatório também aborda sobre programas de pagamento por desempenho utilizados por alguns países, por exemplo, os EUA têm mais de 200 programas, a França tem um

programa nacional, a Espanha e Itália tem outros projetos menores, demonstrando o custo-efetividade da utilização desse pagamento.

Para Afonso e Castro (2019), a saúde suplementar no Brasil apresenta uma situação crítica decorrente de vários fatores, entre eles a tributação. Afirmam que o agravo econômico, intensificado pela pandemia causada pelo (Covid-19), leva a uma busca por meios alternativos de arrecadação. As queixas do setor da saúde suplementar são densas, abordando o crescente aumento na arrecadação de 438 milhões de reais em 2001 para 10,6 bilhões de reais em 2017. Enquanto os gastos tributários da saúde suplementar seguem o mesmo padrão de elevação, saindo de 7,7 bilhões de reais em 2006 para 19,6 bilhões de reais em 2018.

(...) O corte do gasto tributário em saúde, poderia proporcionar um volume de despesas maior ao governo federal, dependendo da parcela de pessoas que migrarem para o SUS, haja vista que o custo por beneficiário no SUS é maior do que o gasto tributário por beneficiário na saúde complementar (...) Uma rápida simulação mostra como se comportaria esse impacto fiscal, caso o governo federal decidisse de uma hora para outra eliminar todos os gastos tributários relacionados à saúde privada, notadamente planos de saúde. Com dados do ano de 2017, se não houvesse qualquer migração do privado para o público, então as contas públicas teriam uma economia de R\$ 18,5 bilhões – precisamente o valor do gasto tributário. Porém, se houvesse migração plena (total) do privado para o público, então a economia pelo lado dos gastos tributários seria muito mais do que compensada pelo aumento do gasto público direto, provocando um impacto superior a R\$ 40 bilhões naquele ano. Naturalmente, estes dois cenários extremos dificilmente ocorreriam, sendo mais plausível observar resultados intermediários (AFONSO E CASTRO; 2019, p. 21)

A ideia dos autores Afonso e Castro (2019) é reforçada pela pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2017), como uma das propostas de melhoria dos custos da saúde suplementar é o debate a respeito da reforma tributária em que se pretende principalmente simplificar os tributos. Por exemplo, enquanto a Espanha possui 13 formas de cobranças em vigor, no Brasil existem 63 e mais 97 obrigações acessórias. O instituto reafirma a ideia da economia para o Estado quando o indivíduo deixa de utilizar o serviço público para utilizar o serviço privado.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA (2017), revela outra preocupação além da tributação, pois, aborda sobre a prospecção do Brasil em 2035, apresentando dados pouco animadores para o setor da saúde, principalmente quando retrata o envelhecimento da população, a diminuição da taxa de natalidade, o aparecimento de doenças crônicas que aumentarão os custos médicos hospitalares.

Nesse cenário, os processos relacionados à judicialização também aumentarão. De acordo com Trettel, Kozan e Scheffer (2018), foram analisados os processos envolvendo operadores e beneficiários do estado de São Paulo, cujo principal resultado é a predominância das decisões favoráveis aos usuários. Realça também a utilização do código da Defesa do Consumidor (56,8% das decisões judiciais), e da Lei de Planos e seguros de assistência social (56,6% das decisões judiciais). As principais queixas dos beneficiários foram: a exclusão de coberturas, direito a manutenção do aposentado, reajustes por aumento de sinistralidades e reajuste por faixa etária.

Além dos percalços envolvendo os custos, existe também a sinistralidade observada entre as operadoras. Sinistralidade é a razão em percentil entre as receitas e as despesas. Em termos simples, quanto menor for a taxa do sinistro maior será o retorno financeiro para operadora. Com a análise obtida, notou-se uma diminuição no número das operadoras, enquanto a demanda na área da saúde aumentou. Esse cenário é negativo principalmente para o beneficiário, pois, com um número restrito de operadoras, os planos de saúde estariam aumentando seus valores de planos e convênios de saúde, podendo surgir monopólios de serviços de saúde. A migração para o setor público de saúde é evidente. O processo regulamentário da Agência Nacional da Saúde, impacta também as pequenas operadoras que, possivelmente, não se enquadrariam nos requisitos estabelecidos pela mesma (ARAÚJO E SILVA, 2016).

Para melhorar a vida financeira das instituições de saúde é imprescindível que os profissionais estejam aptos para a função do faturamento hospitalar. No tópico seguinte, será exposto à importância do faturamento na área da saúde.

2.4 Faturamento na Saúde Suplementar

Inicialmente, será preciso observar qual a função do setor de faturamento dentro de uma instituição de saúde. O faturamento é o processo administrativo que faz a mensuração das atividades ocorridas entre o prestador e a operadora. Inicia-se no processo de atendimento do paciente e finaliza no pagamento das contas hospitalares. Uma das principais atividades é evitar as glosas hospitalares — que geram retrabalho — obter e guardar informações necessárias dos envolvidos nos

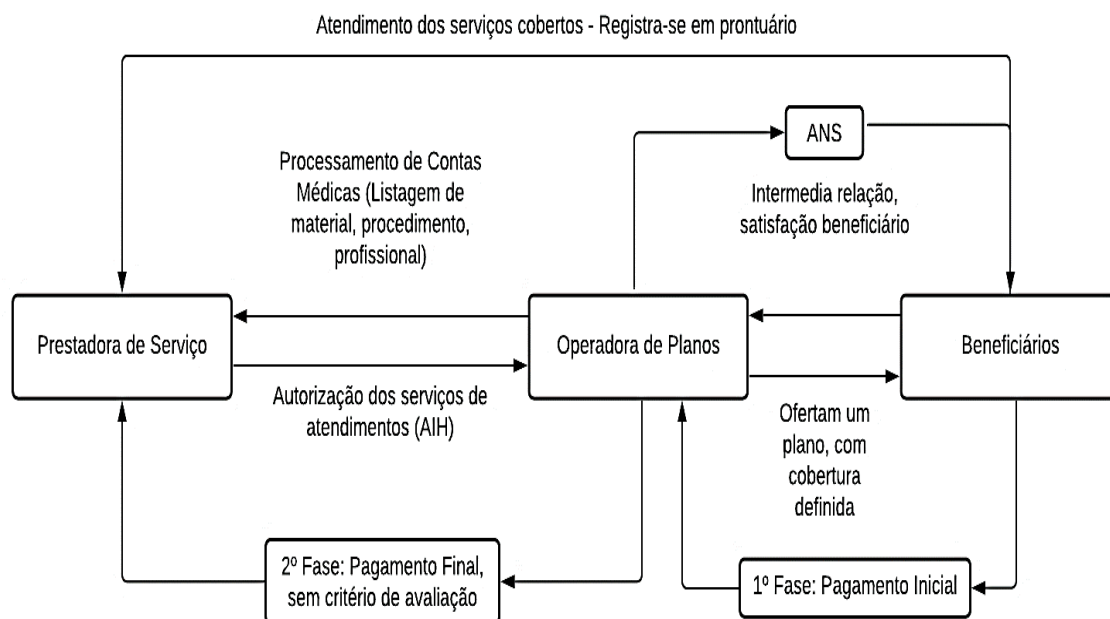
processos, evitar atrasos de pagamentos, entre outros (MAURIZ et al., 2012; BREMM, 2018).

Por sua vez, Balzan (2000) define o faturamento como o departamento de cobrança responsável por apontar todas as despesas incorridas por pacientes de diversos compradores de serviços para cobrança financeira. Este departamento também divide as despesas em diárias e hospitalares, materiais e medicamentos usados, como também estipula sua quantidade e seu valor em termos monetários, conforme as diversas formas pactuadas, despesas médicas, uso de hemoderivados, órteses, próteses, serviços de diagnóstico por imagem, patologia clínica e anatomia patológica. Estes serviços devem estar de acordo com as normas de cada contrato, para efetuar a liquidação, determinar o valor monetário e notificar o departamento de contabilidade do valor da taxa emitida.

Ainda avaliando a relevância desse processo, Cintra et al., (2013), abordou a importância da informação no setor de faturamento para a tomada de decisão. Nesse estudo, demonstrou-se a utilização do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) como base para construção de indicadores no setor de faturamento. Por meio das autorizações de internação hospitalar geradas no sistema foram elaborados relatórios sendo possível observar que no ano de 2007 houve 5896 autorizações de internação hospitalar gerando o valor de 3.564.839,96 de reais. Esse tipo de informação é necessário para o hospital para que medidas estratégicas sejam tomadas na redução dos custos. No âmbito da saúde suplementar essas informações são obtidas através do TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) desenvolvido pela Agência Nacional da Saúde que é a ferramenta mais utilizada pela área de saúde para a maioria das operadoras executar seu faturamento 'online', com informação rápida e de qualidade.

A figura 2, a seguir, demonstra o fluxo que ocorre com o faturamento em um ambiente de saúde conforme o atual modelo de remuneração:

Figura 2: Fluxo de faturamento de acordo com o modelo *Fee For Service*



Fonte: Adaptado da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021)

De acordo com Silva et al. (2013), em sua pesquisa a respeito do conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre o processo de faturamento, constatou-se que embora 64% (entrevista realizada com 225 funcionários) dos entrevistados afirmaram conhecerem o conceito de faturamento. Porém, processo é operacional parece desconhecido, dado que apenas 60,9% dos entrevistados, responderam corretamente que o faturamento ocorria somente após a alta hospitalar do paciente.

Nesse sentido, o estudo de Rodrigues et al. (2018) teve como objetivo avaliar as contas hospitalares, e para isso é preciso realizar auditorias internas (geralmente realizadas pela equipe de enfermagem) para serem evitadas as glosas (técnicas e administrativas) hospitalares que elevam custos e ocasionam retrabalhos. Essas auditorias são efetuadas através da análise das guias (avaliam-se medicamentos, valores, quantidades, serviços), sendo a falta de informações é um dos motivos das glosas hospitalares.

Com base neste desafio, a Agência Nacional da Saúde, através da Resolução Normativa de Nº 305, implantou a Terminologia Unificada do Sistema de Saúde (TUSS) que visava padronizar os materiais e medicamentos entre operadoras e prestadoras.

Com o objetivo de promover a transparência das informações relativas às relações entre prestadores e operadoras no setor suplementar de saúde, a ANS passa a divulgar o Painel de Indicadores de Glosa. A proposta para implementação deste painel surgiu dos debates da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC, realizados ao longo de 2018 e 2019. Foram selecionados cinco indicadores, que têm como fonte os dados recebidos por meio do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar) no ano de 2019. Os detalhes sobre os indicadores estão descritos nas fichas técnicas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2021).

Observou-se a partir do Painel de Glosas, o enorme desafio das operadoras de autogestão, seguradora, filantrópicas, cooperativas, odontológicas e medicinas de grupo, dada a necessidade de faturamento das contas de modo otimizado, as prestadoras de saúde e as operadoras de saúde, visam implementar novos modelos de remuneração que tem a missão de substituir ou atuar em conjunto com o modelo vigente *Fee For Service*.

2.5 Modelos de Remuneração

Pode-se classificar os modelos de remuneração quanto ao tempo em que ocorrem, assim teremos modelo de remuneração retrospectivo, também conhecido como pós-pago, quando o pagamento ocorre depois da realização do serviço prestado; e prospectivo, ou também chamado pré-pago, quando o pago é realizado por antecipação, segundo as bases estipuladas por ambas as partes, e por último o modelo de remuneração misto que combina ambas as formas, tanto pré-pago quanto pós-pago (ANDRAZZI, 2003).

Como já abordado anteriormente, a saúde suplementar no Brasil passa por diversas mudanças. Desde o reconhecimento da insuficiência do modelo de remuneração existente, como aplicação de novos modelos já implantados em outros países. Através do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar (QUALISS), elaborado pela Agência Nacional da Saúde em 2005, observa-se a necessidade de abordar a eficiência dos serviços prestados na assistência à saúde. O programa da ANS avalia sobretudo a situação econômico-financeira da instituição levando a adoção de técnicas que permitem a melhoria dos processos internos (JUNIOR, KOYAMA; 2007).

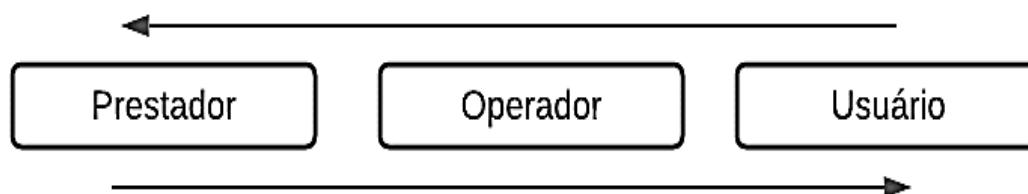
2.5.1 Modelos de remuneração retrospectivo

A forma de pagamento retrospectivo, também chamado pós-pago, refere-se ao pagamento posterior dos serviços desempenhados após a realização de um procedimento ou uma simples consulta, sendo ainda permitido realizar a glosa dessa operação, como também o reembolso (BUCK, 2018). A seguir apresenta-se os modelos retrospectivos:

a) *Fee For Service*

Também chamado conta aberta, este modelo de pagamento foi criado nos Estados Unidos, na década de 1930, como um sistema privado de seguridade, onde o paciente é atendido de acordo com suas necessidades pela equipe médica. É o modelo tradicionalmente utilizado no Brasil, para remunerar os prestadores, porém, este modelo cria um incentivo para a utilização excessiva de serviços, especialmente nos procedimentos, gerando mais gastos sem ter mudanças significativas na qualidade do serviço prestado. A figura 3 a seguir, demonstra a sequência do modelo retrospectivo tradicional e linear (COSTA, ARRAIS, 2018).

Figura 3: Modelo Retrospectivo Tradicional



Fonte: Adaptado de Congresso de Transformação Digital (2019)

De acordo com Congresso de Transformação Digital, realizado pela FGV (2019), o modelo *fee for service* não tem como foco avaliar o valor da saúde, ou seja, o atendimento ao usuário segue um fluxo horizontal de relacionamento, não permitindo que o usuário tenha uma participação maior no pagamento, avaliação e fiscalização do serviço. Deve-se ressaltar que Agência Nacional De Saúde (2019) apoia a implementação de novos modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* que viabilizem estratégias contribuindo com a qualidade, confiança e bons

relacionamentos entre operadores e prestadores para satisfazer as necessidades do agente principal nessa cadeia: o beneficiário.

b) Per Diem

Outro modelo que também incentiva o uso excessivo dos recursos, é o *per diem* (Diárias Hospitalares). Como o próprio nome sugere, é um modelo que tem seu pagamento baseado na permanência do indivíduo na instituição de saúde. Incluindo outros custos como os materiais e medicamentos, honorários médicos e serviços de terapia. Segue a mesma lógica do *fee for service*, por isso alguns países, como a Noruega, que fazia uso desse modelo, acabou abandonando (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

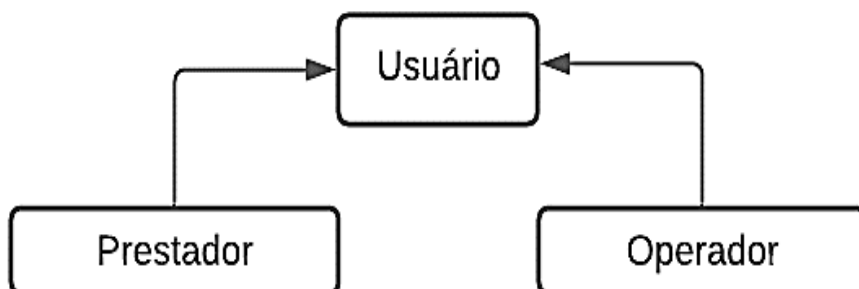
2.5.2 Modelos de Remuneração Prospectivos

Os modelos de pagamento prospectivos são definidos por meio do sistema de classificação de pacientes, que tenham as mesmas características e estejam em um grupo de diagnóstico homogêneo (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017).

Com a finalidade de discutir a viabilidade e implantação de novos modelos a Agência Nacional de Saúde criou em 2016 um Grupo Técnico, a fim de discutir e implantar projetos pilotos de modelos de remuneração baseados em valor.

Os grupos trabalharam em três fases para a discussão da implantação dos modelos. O primeiro GT discutiu a implantação dos modelos em outros países, no segundo GT houve uma dinâmica que permitiu identificar estratégias de implantação dos modelos inovadores e o terceiro GT houve a implantação dos projetos pilotos entre os agentes prestadores e operadoras. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2019). A figura 4 a seguir, demonstra como se configura o relacionamento entre os agentes da saúde e a nova forma de pagamento relacionada a satisfação do usuário-paciente:

Figura 4: Modelos Prospectivos Baseados em Valor



Fonte: Adaptado da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Os modelos de remuneração reconhecidos como focados principalmente nos pacientes, são conceituados a seguir.

a) Pacotes

Para Costa e Arrais (2018), para haver pagamento por pacote é necessário realizar um levantamento de todas as despesas de determinada operação/cirurgia de modo que estas sejam pagas uma única vez. Em seu referido estudo, tratou do levantamento dos custos totais a respeito do serviço de parto, sendo estes categorizados e propostos como alternativa ao pagamento por serviço. Ou seja, os partos normais apresentam um valor inserido dentro de um pacote, partos cesáreos são valorados inseridos em outro pacote, partos de alto risco outro valor e assim por diante.

b) Assalariamento

É um tipo de remuneração prospectivo onde se trabalha mediante salário, isto significa que o pagamento, se dá por contraprestação de serviços incluindo benefícios sociais e número de horas de trabalhas pelo profissional de saúde (BESSA, 2011).

c) Orçamentação

A orçamentação é mais um modelo que tem como característica principal a previsibilidade dos recursos que serão utilizados. Desse modo, esse modelo não incentiva a produção de serviços. Outro ponto a ser destacado é a meta de desempenho, que deve ser aplicada aos prestadores para garantir a qualidade e a

eficiências dos serviços, porém, isso não garante uma boa oferta de serviços, pois, não há incentivo para essa ação. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

d) *Diagnosis Related Grouping*

O modelo baseado em um grupo relacionados de diagnóstico teve sua origem em meados da década de 60 nos Estados Unidos. Tem a sua aplicação baseada em variáveis pré-estabelecidas, como idade, doenças e complicações. Por outro lado, uma das desvantagens desse modelo é o tratamento, como pode levar a uma adversidade, sendo este fator imprevisível o que o aproxima do modelo retrospectivo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

e) *Risck Sharing*

O Compartilhamento de Risco (*Risck Sharing*) é o modelo que tem como principal aliado a tecnologia. A principal ideia do *Risck Sharing* é o acompanhamento a longo prazo do paciente, avaliando os custos envolvidos diretamente e indiretamente. Leva-se em consideração também que esse modelo deverá ser utilizado em associação a outro modelo de remuneração. Sendo necessária sua avaliação criteriosa caso implantada em alguma operadora de saúde (PINTO, 2020).

f) *Capitation*

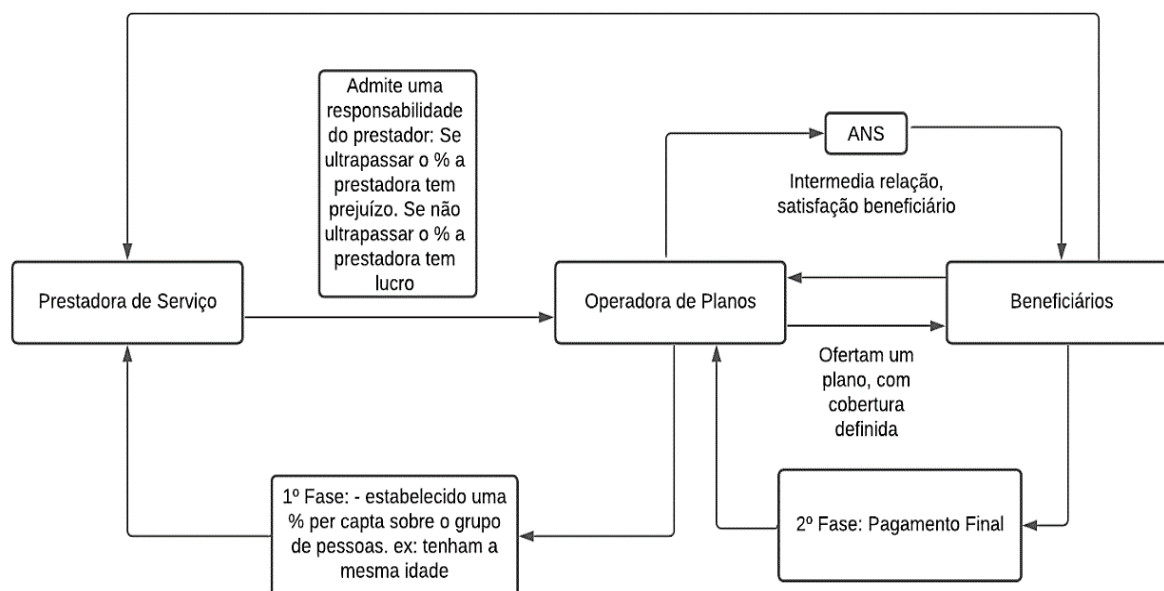
O mecanismo de pagamento denominado *Capitation* tem como fundamento a fixação de um valor *per capito* como parâmetro para o financiamento ao provedor dos serviços. A Agência Nacional de Saúde (2016) definiu este modelo como uma taxa fixa por pessoa. Assim é fixado um valor de remuneração para o médico/clínica, conforme o número de beneficiários sob sua responsabilidade.

Neste sistema paga-se, antecipadamente, para o fornecimento de serviços específicos aos usuários de planos de saúde em um determinado período, independentemente se a intensidade do serviço pode ser alta ou baixa. Ugá e Lima, p. 5, 2013, descreve esse modelo da seguinte forma:

Esta forma de alocação pressupõe a existência de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, no qual cada unidade prestadora de serviços esteja vinculada uma população adscrita, previamente definida. Assim, a cada prestador corresponde um montante de recursos (periódico — geralmente anual) que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos multiplicados por um valor per capita. Este valor unitário é frequentemente ajustado por risco, tomando-se em conta, pelo menos, o sexo e a idade da população adscrita.

Para esclarecer melhor a dinâmica entre os agentes mercado da saúde, a figura 5, visa demonstrar como ocorre o fluxo de pagamento no modelo de pagamento por capitação:

Figura 5: Fluxo de Faturamento por capitação



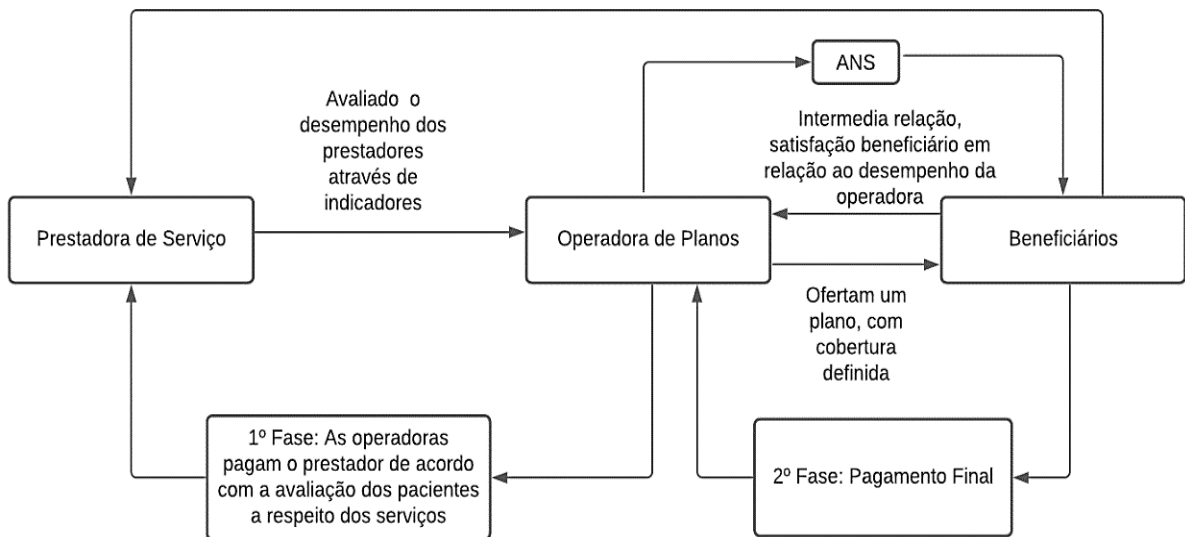
Fonte: Adaptado de Ugá e Lima (2013)

Além disso, esta forma de pagamento tem como características estimular a manutenção da saúde, pois visa a prevenção, seleção adversa ao risco, apresenta administração, previsibilidade orçamentária, análise de indicadores e, como ponto negativo, a sub prescrição de serviços (KROPF, 2007).

g) *Pay For Performance*

De acordo com Ugá e Lima (2013), o *Pay For Performance*, ou pagamento por desempenho, não é necessariamente um modelo de pagamento, e para que sua aplicação alcance ainda mais resultados satisfatórios, deve ser utilizado concomitante a modelos retrospectivos (*Fee For Service*), ou os prospectivos, como o próprio *capitation*. Além de ressaltar que para obter os retornos financeiros (característica principal do modelo) os prestadores devem atingir uma meta de qualidade de prestação de serviços estipuladas. Na figura 6, está destacada a relação entre os agentes do mercado da saúde a respeito do pagamento do por desempenho.

Figura 6: Fluxo do Faturamento por Desempenho



Fonte: Adaptado de Ugá e Lima, 2013

Durante o processo de coleta de dados e discussão, esse modelo será tratado novamente buscando reforçar o referencial teórico.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização da pesquisa

A metodologia deste estudo configura-se como qualitativa. Pois, ainda que as pesquisas qualitativas tenham falsos estereótipos quanto à sua cientificidade, esta deve questionar as suposições do senso comum e avaliar o contexto de uma determinada situação. Uma das vantagens da pesquisa qualitativa é a eficácia do estudo da vida humana, como também dos processos sociais através do tempo, contemplando a oportunidade de explorar pressupostos para a compreensão do mundo social (KERR, KENDALL; 2013, p. 14).

A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos, ou sem respostas apropriadas. Visto que a pesquisa qualitativa simultaneamente coleta, analisa e reformula perguntas, ela é particularmente apropriada para novos tópicos e temas. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa apresenta-se como apropriada para avaliar o posicionamento do mercado da saúde diante dos modelos de remuneração.

Quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, pois, de acordo com Gerhardt e Silveira (2009, p.35), “este tipo de pesquisa gera conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos”. A sistematização das informações coletadas a partir de uma revisão da literatura tem a intenção, também, de gerar reflexões e, conseqüentemente, contribuir para a aplicação prática na área específica do objeto de estudo.

Nesse sentido, para Rother (2007) esta pesquisa é uma revisão de literatura narrativa não utiliza de métodos explícitos para realizar uma análise crítica do foco da pesquisa, tem uma abordagem mais ampla quando comparada à sistemática sendo frequentemente menos abrangente esta também é sujeita ao rigor do pesquisador. Portanto, para que sejam investigados novos modelos de remuneração é preciso da liberdade que a pesquisa narrativa oferece. Pois trata-se de conceitos e aplicações de modelos de remuneração relativamente novos, com poucas divulgações em revistas ou anais eletrônicos

Quanto aos objetivos deste trabalho, trata-se de uma pesquisa descritiva, pois, se refere a análise de diversas informações de um mesmo assunto e tem como

finalidade descrever as características, assim como também associar as relações entre as variáveis de um fenômeno, população e o grupo estudado. As pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, são consideradas descritivas. (GIL, 2008).

3.2 Procedimento de coleta de dados

Os procedimentos da coleta de dados ocorreram da seguinte forma:

3.2.1 Definição da Base de dados:

Nesta pesquisa bibliográfica serão realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), Biblioteca Virtual da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Google Acadêmico e Scielo.

3.2.2 Estabelecimento dos Descritores:

Os descritores selecionados foram: *Pay for Performance*, *Capitation*, Pagamento por Performance, Capitação e Modelos de Remuneração.

3.2.3 Critérios de Inclusão das Publicações:

Artigos, teses e dissertações publicados entre os anos de 2016 a 2021, na língua portuguesa, publicações completas que apresentam em seus resumos, relação direta com o tema desta pesquisa. Esses critérios não foram considerados nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Agência Nacional da Saúde, como também na Scielo, devido à quantidade das publicações serem menores que as demais bibliotecas.

3.2.4 Critério de exclusão das Publicações:

Artigos, teses e dissertações repetidos na base de dados, em outros idiomas que não da língua portuguesa, publicados fora do período estabelecido (2016 – 2021) e que não apresentem em seus resumos, relação direta com o objeto de

estudo desta pesquisa, além de trabalhos acadêmicos como: relatórios de estágio e monografias. Exceto as bases, Agência Nacional de Saúde e Scielo por motivo já explicitado anteriormente.

3.2.5 Estratégia de busca e seleção:

Por se tratar de uma nova área de pesquisa e não tendo variadas publicações a respeito do tema nas bases de dados estabelecida, e buscando alcançar mais conteúdos a respeito do tema foram estabelecidos seis critérios de busca: “*Capitation*” AND “Modelos de Remuneração”, “*Pay For Performance*” AND “Modelos de Remuneração”, “*Capitation*”, “Capitação”, “*Pay For Performance*”, “Pagamento por Desempenho”. No quadro 2, apresenta os critérios, bases de dados e descritores utilizados.

Quadro 2: Estratégia de busca e seleção na base de dados

Critérios	Base de dados	Descritores
Com Critérios de Inclusão	Google Acadêmico	“ <i>Capitation</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
		“ <i>Pay For Performance</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
	CAPES	“ <i>Capitation</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
		“ <i>Pay For Performance</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
	BVSMS	“ <i>Capitation</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
		“ <i>Pay For Performance</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
	BDTD	“ <i>Capitation</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
		“ <i>Pay For Performance</i> ” AND “Modelos de Remuneração”
Sem Critérios de Inclusão	ANS	“ <i>Capitation</i> ”
		“Capitação”
		“ <i>Pay For Performance</i> ”
		“Pagamento por Desempenho”
	Scielo	“ <i>Capitation</i> ”
		“Capitação”
		“ <i>Pay For Performance</i> ”
		“Pagamento por Desempenho”

Fonte: Autoras (2021)

3.2.6 Dados a serem coletados

No que se refere a coleta de dados o presente estudo levantou informações a partir das seguintes categorias: posicionamento das prestadoras de saúde, operadoras de planos e beneficiários diante dos modelos de remuneração pay for performance e capitation.

3.2.7 Registro e organização dos dados coletados

Os dados foram coletados e sistematizados em uma planilha de Excel. Após deu-se a leitura dos seus resumos e a estruturação consoante com a pergunta norteadora da pesquisa. Com a finalidade de organizar as premissas do posicionado do mercado de saúde, estabeleceu-se duas tabelas para possibilitar uma análise mais clara e objetiva do tema.

3.2.8 Análise dos dados coletados

Durante a análise do material coletado, utilizou-se o referencial teórico que subsidia essa pesquisa confrontando-os com os achados nos materiais encontrados na coleta.

3.2.9 Ética na Pesquisa

O trabalho está dispensado de análise do comitê de ética conforme está estabelecido na Resolução do CNS Nº 510, de 07 de abril e 2016.

3.3 Dados Coletados

Para a elaboração deste estudo, foi realizada a coleta de dados nas bases de dados estabelecidas anteriormente, entre os meses de outubro e novembro de 2021, buscando informações a respeito do conceito e aplicação dos modelos de remuneração na saúde suplementar de modo que respondesse à pergunta norteadora do trabalho. Além disso, também foi abordado sobre as questões referidas nos objetivos específicos.

Durante a pesquisa, foram utilizados estratégia de busca e seleção dos materiais para análise sendo encontrados 66 documentos, em seguida foram realizadas as leituras dos títulos e resumos, que possibilitaram a exclusão dos estudos sem afinidade aos objetivos desta pesquisa, sendo por questões como: outros modelos de remuneração, saúde pública, aplicação em outros países e motivacional.

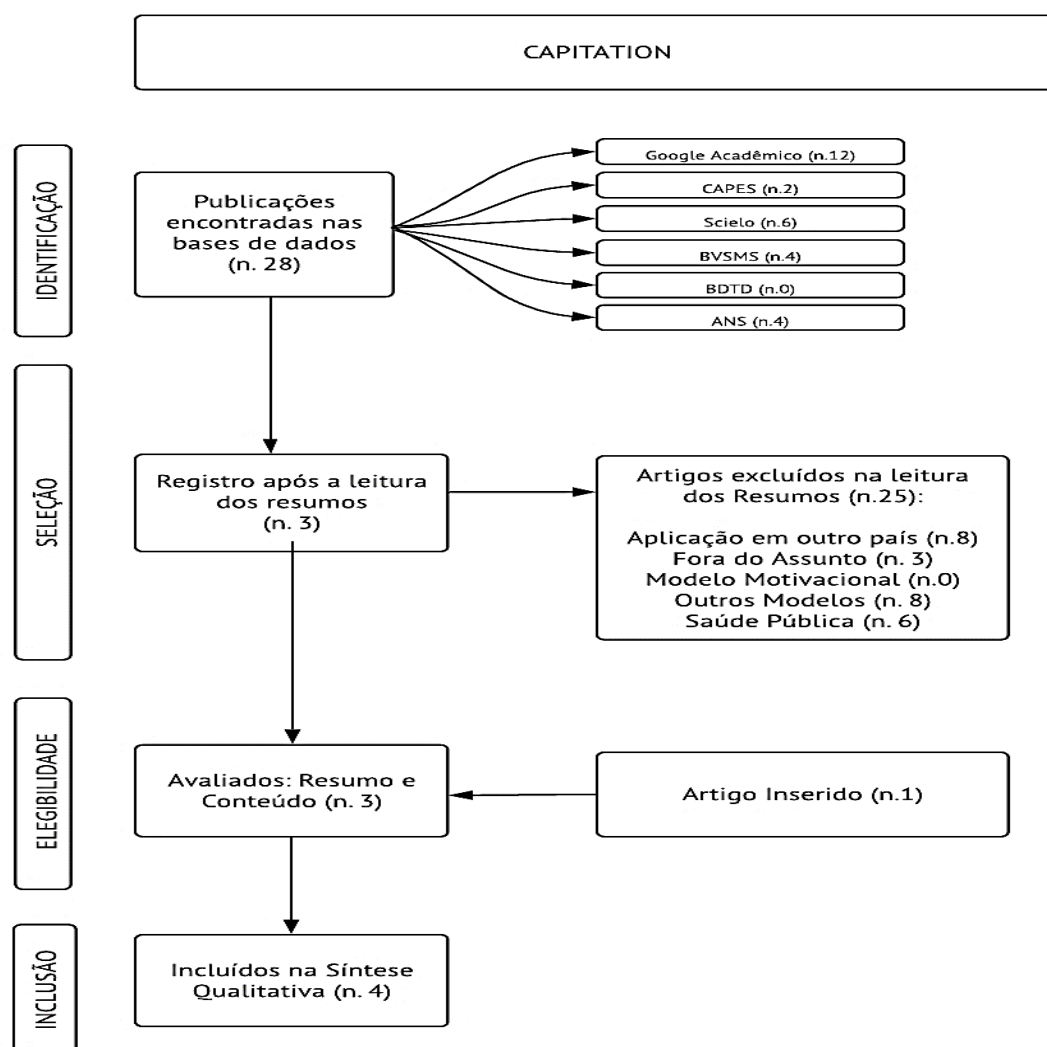
A coleta de dados nas bases ocorreu de duas maneiras, a primeira objetivava o modelo de remuneração *Capitation*, e a segunda, o modelo *Pay for Performance*. Desse modo, foram incluídos para a leitura na íntegra dos trabalhos 3 obras do modelo *capitation* e 8 obras para o modelo *pay for performance*. Após a leitura, observou-se

que a obra do autor Junior (2021) encontrada durante a busca do modelo *pay for performance*, referia-se ao modelo *capitation*. Sendo, portanto, atribuída a esse modelo. Desse modo, foram contabilizados 4 títulos para o *capitation* e 7 para o *pay for performance*.

Inicialmente, vale ressaltar que o trabalho teve algumas limitações após a análise do estudo. Apesar de existirem diversos conteúdos que abordavam o valor em saúde e, especificamente modelos de remuneração, no Brasil o assunto é pouco explorado.

A pesquisa qualitativa foi organizada inicialmente em dois quadros, abordando do conteúdo principal de cada modelo. Nessa fase, foi possível observar as vantagens e desvantagens para aplicação dos modelos diante dos agentes do mercado da saúde. Dando sequência a coleta, observou-se a necessidade da inclusão de duas figuras que expusessem o processo de inclusão, como demonstrado nas figuras 7 e 8.

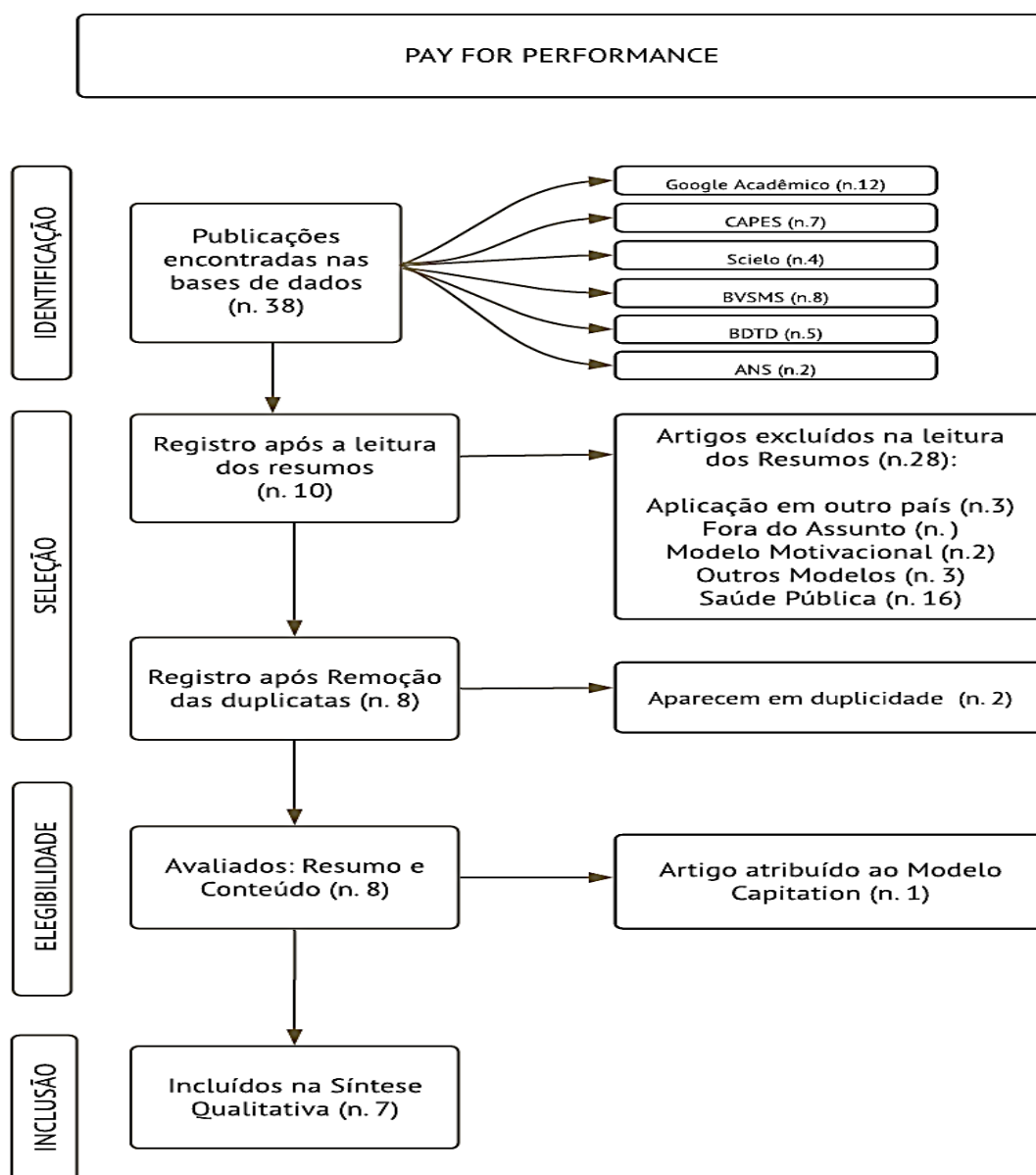
Figura 7: Coleta de dados do modelo de remuneração *Capitation*



Fonte: Autoras (2021)

Como afirmado anteriormente, algumas obras abordavam em seu conteúdo de modelos baseados em valor (prospectivos), cabendo as autoras, após a leitura avaliar com base nos conceitos de cada modelo de remuneração qual se referia na pesquisa. De acordo com a figura 7, um trabalho foi atribuído ao modelo (*Capitation*), devido em seu conteúdo explicar, especificamente, um custo fixo *per capta*, deixando claro em seu conteúdo que explanava sobre o *capitation*. Esclarecido esta fase, a figura 8, refere-se a coleta dos materiais sobre o *Pay for Performance*.

Figura 8: Coleta de dados do modelo de remuneração Pay For Performance

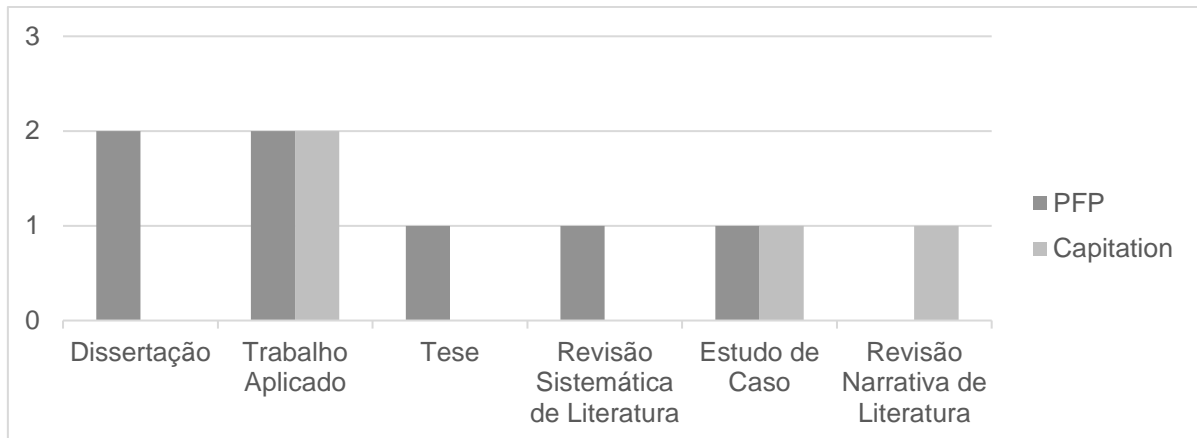


Fonte: Autoras (2021)

Após a leitura dos trabalhos, foi extraído pontos principais, e em seguida os quadros informativos, com informações mais específicas. O gráfico 1, aborda os tipos de estudos selecionados para a discussão e resultados. É necessário a inclusão do gráfico para demonstrar mais uma limitação durante a coleta de dados, visto que, embora os estudos fossem acerca do valor em saúde cada um apresentou um viés,

como tecnologia, inovação, avaliação hipotética, análise de custo em procedimentos, entre outros.

Gráfico 1: Tipos de estudos



Fonte: Autoras (2021)

Para dar base a discussão dos estudos e responder aos objetivos específicos, dois quadros foram elaborados. Cada quadro com o objetivo principal de extrair os pontos principais dos trabalhos selecionados, além de deixar evidenciado como os modelos de remuneração *capitation* e *pay for performance* se relacionaram com os agentes do mercado da saúde.

Quadro 3: O posicionamento do Mercado da Saúde diante do Modelo *Capitation*

Título da Obra	Autor / Ano	Objetivo Geral	Fatores Relacionados aos prestadores	Fatores Relacionados ao Operadoras	Fatores Relacionados aos Beneficiários
Mecanismos de Pagamento e a Composição de Práticas Médicas: Equilibrando Custos de Contenção, Acesso e Qualidade do Cuidado	Barham e Milliken 2014	Desenhar como os esquemas de remuneração dos médicos influencia o número de pacientes em um determinado consultório médico e a qualidade do atendimento prestado ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Duas categorias de prestadores: Médicos Altruístas e Médicos Não altruístas; - Os médicos escolhem os pacientes; - O mecanismo de pagamento misto não aumenta a qualidade do serviço prestado 	No presente artigo, não houve contribuições a respeito do impacto do modelo <i>capitation</i> à operadora de Plano de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes frágeis são melhores atendidos pelos médicos altruístas; - Pacientes Saudáveis são melhores atendidos por médicos não altruístas - Existe uma taxa no atendimento de um grupo populacional selecionado
Avaliação dos custos de materiais e medicamentos nas diárias de uma UTI adulto conforme três diferentes modelos de remuneração	Lopes, 2021	Avaliar os custos médios diários de materiais e medicamentos usados em uma mesma UTI que possui três modelos de remuneração: <i>Capitation</i> , Diária Global e <i>Fee For Service</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A idade média, o <i>score</i> de gravidade, o tempo médio de permanência e custo médio diário maiores que os demais modelos; - Apresenta um maior risco em uma unidade de terapia intensiva; - UTI não apresentou bons resultados 	No presente artigo, não houve contribuições a respeito do impacto do modelo <i>capitation</i> à operadora de Plano de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Não teve resultados significativos; - A idade dos pacientes alterou o resultado; - Amostra de pacientes que se encaixavam no modelo <i>capitation</i> era bem menor em comparação com as demais
Desafios para a implementação de novas propostas de modelos de remuneração em teleodontologia no Brasil	Junior, 2021	Promover a reflexão do setor com relação a remuneração dos prestadores de serviço à distância garantindo a qualidade desses serviços	<ul style="list-style-type: none"> - A aplicação do modelo pode gerar uma despesa maior do que a receita; - Responsabiliza-se maior o prestador; - Pode gerar tratamentos desnecessários 	No presente artigo, não houve contribuições a respeito do impacto do modelo <i>capitation</i> à operadora de Plano de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Não avalia a qualidade do serviço prestado - Devido aos valores fixos, os pacientes buscam mais atendimentos preventivos
Desafios na implantação e resultados do novo modelo de negócio baseado na entrega de valor entre prestadores e operadora de saúde suplementar no Brasil	Shuqair, Chaves e Netto 2021	Descrever e analisar os avanços obtidos e as dificuldades enfrentadas em meio ao processo de intervenção na implantação de um novo modelo de negócio em uma operadora de plano de saúde no Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso da prestadora em gerar uma cultura organizacional positiva; - Receita é um custo solidário concomitante à operadora; - Dividem entre si a economia gerada; - Tem um foco maior na prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Vantagem competitiva; - Avaliação de desempenho da prestadora através de uma análise de indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Os beneficiários conseguem avaliar os prestadores, tendo uma satisfação maior no atendimento

Fonte: As autoras (2021)

Quadro 4: O posicionamento do Mercado da Saúde diante do Modelo *Pay For Performance*

Título da Obra	Autores e Ano	Objetivo Geral	Fatores Relacionados aos prestadores	Fatores Relacionados ao Operadoras	Fatores Relacionados aos Beneficiários
Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde	Gomes, Cherchiglia e Carvalho 2012	analisar o ponto de vista dos médicos sobre a implantação dos pagamentos por desempenho vinculados ao PGC em uma operadora de plano de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação maior do médico que fazia parte do PGC - Capacitação/ Treinamento médico para participar do programa - Modelo Hospitalocêntrico inviabiliza a implantação de novos modelos 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento Multidisciplinar - A operadora agendava mais consulta - Tempo no consultório diminuiu 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina preventiva - Mais relação com outros profissionais da saúde que não médicos
Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde: um overview de revisões sistemáticas	Barreto e Dias 2017	Apoiar o uso de incentivos financeiros em programas e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Efeitos positivos no comportamento dos prestadores; - Redução na Mortalidade; - Efeitos negativos como: fraudes, dependência financeira e distorções - Resistência na avaliação de desempenho - Permaneceu desigualdade entre sexo, idade e grupos étnicos 	No presente artigo, não aborda a respeito dos impactos de tal modelo nas operadoras de planos de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento dos usuários não são previstos; - As desigualdades socioeconômicas do Brasil, podem gerar um desafio na tomada de decisão quanto a implantação
Percepção dos Gestores de empresas de saúde suplementar de Porto Alegre sobre os diferentes modelos de remuneração assistencial	Holstein 2018	identificar e analisar os principais modelos de remuneração assistencial praticados, na saúde suplementar, entre operadoras de saúde e hospitais do município de Porto Alegre e propor alternativas visando a contenção de custos assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> - Médico assistente é a figura principal; - Sem a conscientização do médico é inviável aplicar o modelo; - Falta de recurso financeiro para “testar” o modelo 	<ul style="list-style-type: none"> - É possível pagar o prestador que melhor alcance seu desempenho; - Há opção de contratar um prestador que ofereça um serviço mais barato 	<ul style="list-style-type: none"> - Coparticipação do beneficiário auxilia na contenção dos gastos - Qualidade aos envolvidos - Avalia-se o desfecho do quadro clínico
Avaliação da remuneração médica com implementação do P4P em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil	Talevi 2018	avaliar hipoteticamente a viabilidade de implantação do P4P frente aos custos de uma cooperativa de trabalho do sul do Brasil nos anos de 2015 e 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Não há compartilhamento de dados dos pacientes; - Duplicidade de exames realizados pelos médicos 	- Redução de Custo devido a alguns fatores como: economia e aumento de beneficiários	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente tem o atendimento otimizado

Continuação do quadro 4:

Título da Obra	Autores e Ano	Objetivo Geral	Fatores Relacionados aos prestadores	Fatores Relacionados ao Operadoras	Fatores Relacionados aos Beneficiários
Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor	Francisquini 2020	Descrever e analisar a concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração fee-for-value	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco preparo para lidar com os processos de um modelo baseado em valor - Fragilidade do conceito do modelo de pagamento baseado em valor; - Pouca disponibilidade de recursos e estratégias que não fomentem valor ao paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco apoio das operadoras na mudança da cultura organizacional para a implantação do modelo baseado em valor 	No presente artigo, não aborda a respeito dos impactos de tal modelo para os beneficiários
Efetividade da remuneração por desempenho na assistência oncológica: Uma revisão sistemática	Silva 2021	Avaliar a efetividade do uso do modelo de PPD comparado com outros modelos de remuneração aplicados no âmbito da assistência oncológica	<ul style="list-style-type: none"> - Os custos mantiveram um valor estável ao longo dos anos; - Aumentou a capacidade administrativa de coleta e gerenciamento de dados; - Redução de processos internos 	No presente artigo, não aborda a respeito dos impactos de tal modelo para as operadoras	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de mortes; - Benéficos para a atenção primária; - Os pacientes aceitar passar por uma triagem
O papel da tecnologia da Informação em um modelo de remuneração baseado em valor em operadoras de saúde	Mimary 2021	Identificar o papel da Tecnologia da Informação na implementação e uso de um modelo de remuneração baseado em valor em operadoras de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - O compartilhamento de dados para que a prestadora receba seus indicadores de desempenho além de sua remuneração 	<ul style="list-style-type: none"> - Operadora I, avalia a TI como não imprescindível - Operadora II, avalia a TI como imprescindível - Bom relacionamento com a Prestadora incentiva a implantação do modelo - Centralidade dos processos está na operadora 	No presente artigo, não aborda a respeito dos impactos de tal modelo para os beneficiários

Fonte: Autoras (2021)

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a discussão dos resultados são apresentadas três fases, a primeira busca responder ao conceito do modelo *capitation* e *pay for performance*, com base nos autores selecionados na base de dados, a segunda fase baseia-se no posicionamento do mercado da saúde e por fim, a última fase busca responder a viabilidade de cada modelo para o mercado.

4.1 Fase 1: Descrição e Característica

4.1.1 *Capitation*

Para a Shuqair, Chaves e Netto (2021), o *capitation* é um valor fixo por paciente cadastrado em um grupo de pessoas por um período determinado. Como o foco do estudo desse autor é a tele consulta, é observado que ainda não existem registros da aplicação de nenhum modelo de remuneração baseado em valor na odontologia, dificultando como seria a aplicação de um modelo de remuneração alinhado à tele consulta.

Milliken e Barham (2014), não deixa explícito o conceito do modelo *capitation* como os demais autores ou como encontrado na revisão de literatura, porém, a aplicação está na escolha que os médicos fazem ao grupo de pessoas e assim, é feito o pagamento da consulta.

Para Lopes (2021), o conceito de *capitation* é definido como valor fixo por paciente cadastrado. Tem sua viabilidade na previsibilidade de receita, redução de procedimentos e consultas desnecessárias. É o modelo que estimula a prevenção e promoção a saúde, aplicada principalmente na atenção primária. Baseado nisso, é possível observar o que foi encontrado durante a elaboração do referencial teórico e leitura dos trabalhos é que o modelo *capitation* torna-se inviável para o processo de faturamento de procedimentos de alto custo.

O último autor encontrado, Junior (2021), define *capitation* de maneira mais atual que os demais. Assim, como Lopes (2021), não trata do conceito como encontrado na revisão de literatura, porém, seu conteúdo é voltado para a aplicação do modelo em que seja priorizado a qualidade dos serviços, além do racionamento dos recursos que geram custos na saúde. Neste sentido, o modelo ACO (*Accountable*

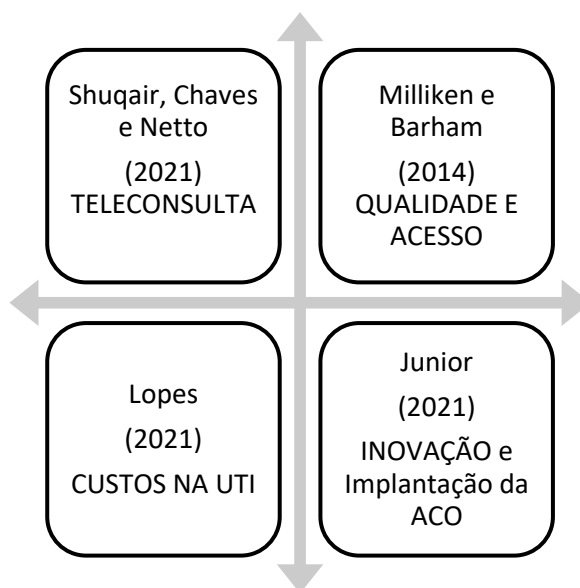
Care Organization) teve inspiração americana, cujo objetivo é inovar na saúde através do cuidado por especialidades médicas.

Uma ACO (*Accountable Care Organization*) é formada quando um grupo de prestadores de serviço em saúde (Médicos, Hospitais, Serviços de apoio diagnóstico e terapêutica, etc.) se reúnem e coletivamente concordam em serem responsáveis pelos desfechos clínicos, financeiro e de qualidade em uma população definida. Nos Estados Unidos, este modelo se refere a uma estratégia que está muito relacionada com atenção primária como oferta de acesso a saúde

Porém, como a ideia é inovadora, e o modelo *capitation* tinha o risco de excluir usuários (risco que pode ocorrer no SUS através do Previner Brasil), com o ACO cada especialista terá a responsabilidade de atuar nos cuidados e desfechos clínicos de cada paciente e para isso cada prestador será recompensado baseado nos indicadores de desempenho.

A figura a seguir, apresenta uma das limitações da pesquisa, pois, apesar do objetivo de a pesquisa tratar do modelo de remuneração *capitation*, cada obra encontrada parte por uma linha em que convergem entre si, dificultando analisar o modelo além dos seus desafios e vantagens para o mercado da saúde.

Figura 9: Abordagem central dos artigos encontrados



Fonte: Autoras, 2021

4.1.2 *Pay for Performance*

Para Gomes, Cherchiglia e Carvalho (2021), o pagamento por desempenho é um modelo que deve ser aplicado concomitante a um programa de desempenho. Como os autores avaliam o desempenho dos profissionais em uma operadora de plano de saúde, observou-se que não há uma definição específica no termo *pay for performance*, entretanto, todas as aplicações de um modelo de remuneração baseado em valor são equivalentes ao que foi encontrado na literatura. Tendo em vista, que alguns autores não fazem a relação do termo performance com o modelo de remuneração.

Holstein (2018), por outro lado, define o pagamento por desempenho essencialmente como aquele em que se avalia a qualidade do serviço prestado. Evidencia-se principalmente o contraste com o pagamento por produção, onde a quantidade é o principal fator de avaliação do serviço. Holstein (2018), afirma como a motivação dos prestadores que são remunerados por desempenho, ainda é pouco estudada e não existe na literatura abordagem a respeito das consequências da aplicação desse modelo. Nessa mesma perspectiva, os autores Barreto e Dias (2017), em sua revisão de literatura, afirmam o mesmo que foi encontrado por Holstein (2018).

Televi (2018), demonstra como o pagamento por desempenho está atrelado ao alcance de metas preestabelecidas, inclusive apresenta três características básicas: metas relacionadas à qualidade, metas relacionadas aos objetivos, e por fim, metas relacionadas a incentivos financeiros. Também aborda a relação entre as operadoras e prestadoras de saúde no que tange à prestação de serviços, ambos precisarão agir cordialmente a fim de que possam alcançar as metas. Essa relação não é incentivada no modelo *fee for service*.

Esse autor também aborda em seu conceito, os desafios encontrados para a implantação do PFP, dentre eles destacam-se desafios culturais (muitas vezes os prestadores não gostam de ser avaliados), desafios legais, desafios da gestão (os gestores têm que dominar a aplicação do modelo), desafios operacionais para não afetar na análise de indicadores.

Mimary (2021), aborda o conceito do modelo PFP sob a perspectiva da tecnologia. Onde os gestores da área de tecnologia da informação ficaram responsáveis pela implantação do modelo de remuneração baseado no valor da saúde.

Já para Francisquini (2020), o autor conceitua o pagamento por performance a partir na cultura organizacional de cada instituição. Salienta que a instituição precisa estar preparada para implantar um novo modelo, inclusive o sistema de custeio precisa estar voltado para o paciente, contemplando toda sua participação na cadeia do processo de atendimento até o desfecho clínico. O sistema de custeio não terá que ser baseado mais na quantidade de atendimentos oferecidos por uma instituição.

O último autor, da base de dados selecionada, Silva (2020), conceitua pagamento por performance a incentivos financeiros seja ao nível individual como ao nível organizacional, avaliados por indicadores de qualidade. Silva (2020), também, em sua revisão sistemática de literatura, aborda a eficiência da aplicação desse modelo em uma assistência oncológica.

4.2 Fase 2: Posicionamento do Mercado da Saúde

4.2.1 Posicionamento dos Prestadores

❖ *Capitation*

A hipótese levantada por Barham e Miliken (2014) é que os médicos (definidos como altruístas ou não altruístas) ofertariam um serviço na atenção primária melhor se pudessem escolher os seus pacientes (definidos como pacientes frágeis ou pacientes saudáveis). Sendo os médicos altruístas levados a oferecerem um serviço melhor aos pacientes frágeis, enquanto que os médicos não altruístas ficassem satisfeitos em atender os pacientes saudáveis. Porém, as conclusões que obtiveram foi a seguinte:

Descobrimos que os médicos altruístas têm um incentivo à restrição de qualidade ao tratar pacientes frágeis, independentemente de serem pagos por serviço, capitação ou um mecanismo misto: eles estão melhor tratando pacientes frágeis adicionais - gerando brilho caloroso adicional - em vez de fornecer um atendimento melhor para sua base de pacientes existente. Os médicos não altruístas não têm incentivos para fornecer cuidados excessivos aos pacientes: eles simplesmente aumentam o número de pacientes aos quais prestam serviços de saúde (BARHAM, MILIKEN; 2014).

Deixando claro que, apesar do modelo de remuneração *capitation* ter uma taxa per capita por grupo populacional (escolha do tipo de paciente de acordo com

critérios pré-estabelecidos), os médicos não tiveram incentivo algum para tratar um volume maior de pacientes, corroborando para uma qualidade baixa do seu atendimento.

Essa posição, leva a pesquisa realizada por Lopes (2021), que fez uma avaliação dos custos médios em uma UTI (Unidade Intensiva de Terapia), onde era aplicado três modelos de pagamento aos prestadores dentre eles o *capitation*. Observou-se que em uma UTI esse modelo não apresentou bons resultados. No estudo, após a admissão clínica, foram avaliadas as variáveis: quadros que evoluíram à óbito, idade média, tempo de permanência, gravidade e custos médios maiores. Todas essas variações levaram a observar que o modelo *capitation* apresentou custos maiores do que os demais modelos, principalmente porque na UTI (que já é um local de alto custo hospitalar) concentrava pessoas com estado de saúde mais grave, influenciando diretamente o resultado da pesquisa. Os autores destacam que essa variabilidade entre os pacientes, pode gerar resultados equivocados em sua análise.

Ainda avaliando a aplicação do modelo para os prestadores, o estudo realizado por Shuqair, Chaves e Netto (2021), através de uma pesquisa narrativa, que os prestadores tornar-se-iam mais responsáveis pelo atendimento, podendo gerar um sub tratamento, ou seja, um tratamento inadequado e insuficiente, não garantindo a cura do mesmo. O artigo aborda também a utilização da tecnologia como forma de auxiliar as prestadoras principalmente no atendimento primário, obtendo imagens(diagóstico) para que fosse possível uma primeira análise. O modelo *capitation* entrariam nesse critério para que fossem estabelecidos um valor e uma população fixa de atendimento.

Arelado à tecnologia, está a inovação, segundo Junior (2021), a inovação vem como proposta de adotar um pagamento baseado em valor, precisamente do sistema de capitação, mas como forma de tornar os prestadores ainda mais responsáveis pelo desfecho clínico do paciente. Segundo sua pesquisa, os prestadores que aceitaram participar do projeto ACO, assumiram uma postura mais ativa na entrega de valor da saúde. Diversos foram os interesses, entre eles está a participação no *markt Share*, previsibilidade de receita, ciclo financeiro reduzido, processos de melhoria contínua tanto na cultura organizacional quanto na qualidade dos serviços ofertados. O autor utilizou-se do termo “Caçadores de desperdícios”, para evidenciar a constante necessidade que os prestadores tinham em reduzir

custos, pois também se beneficiavam dessa economia. Contrapondo a pesquisa de Lopes (2021), o autor evidenciou que para o setor da oncologia apresentou sinais de deflação em dos custos dos membros por mês.

❖ *Pay For Performance*

Em seu artigo de revisão sistemática de literatura, Barreto e Dias (2017) extraiu que estudos que tinha como objetivo analisar os principais resultados quanto aos benefícios e riscos da implantação do PFP. Assim como no modelo *Capitation*, o PFP precisa de mais estudos que evidenciem sua aplicação nas instituições. Ainda que mostre uma acentuada redução da mortalidade, o estudo evidencia que ainda não se tem conhecimento de um tempo mínimo ideal para aplicação do modelo e que os profissionais, voltam a atender com uma qualidade semelhante a anterior. De acordo com o artigo, para a implantação do *pay for performance* é preciso que os profissionais tenham uma visão de melhoria contínua dos seus processos e essas mudanças sejam refletidas em seus indicadores, além de estarem motivados para essas mudanças dentro da organização. A resistência dos colaboradores pode ser considerado um desafio para a implantação do modelo, como é destacado pelos autores:

A escolha dos critérios de concessão deve ser definida em face do contexto organizacional e cultural da implementação, no entanto, critérios absolutos parecem produzir menos resistência dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho relacionados às condições incentivadas. No caso da escolha recair sobre critérios relativos ou mistos, é necessário prover e manter uma comunicação explícita e direta com os envolvidos, a fim de evitar entendimentos parciais ou equivocados sobre como os incentivos serão distribuídos.

Ainda abordando sobre a resistência dos colaboradores, no trabalho de Gomes, Cherchiglia e Carvalho (2018) foi implantado em uma operadora de plano de saúde um programa de gerenciamento de doenças Cardiovasculares (PGC). Como os agentes principais da pesquisa são os médicos, eles recebiam um treinamento para serem aptos a aplicação do programa. Dos 274 médicos da operadora, apenas 4 recebiam incentivos financeiros para fazer parte do programa. O programa contava com profissionais de diversas áreas, onde o primeiramente passava pelos médicos que realizavam a primeira triagem. Em seguida, encaminhado para outros profissionais que acompanhavam o progresso clínico do paciente. A principal queixa dos médicos não participantes do programa foi a “burocracia do processo”, já para os

médicos que aceitaram participar do programa - 51 disseram que ficaram mais satisfeitos com o programa. Ainda demonstrado pelo artigo, pelo fato de o tratamento ser multiprofissional, o modelo hospitalocêntrico acaba por ser questionado.

Para avaliar a viabilidade desse modelo, Pastro, Abicalaffe e Guimarães (2018), decidiram realizar uma comparação entre os modelos *Fee For Service* e o *Pay for performance* para avaliar hipoteticamente se de fato haveria uma redução de custos, caso o PFP fosse utilizado. Para isso, foi avaliado ao longo de dois anos - 2015 e 2016 - a aplicação desse modelo, além de analisar 10 médicos cooperados de diferentes especialidades. Sendo observado que, em síntese, caso o modelo fosse aplicado haveria uma redução de custos de 6% em 2015 e 9% em 2016, em contrapartida, a avaliação do índice de performance demonstrou que em 2015 houve uma melhor atuação das especialidades do que em 2016. Em seu estudo, ficou evidente a preocupação com a incorporação de novas tecnologias e seu impacto na elevação dos custos. Afirmam que o uso da tecnologia está relacionado com a idade da população e com a necessidade de utilizar tecnologias cada vez mais sofisticadas.

Mimary (2021), também buscou abordar sobre o uso da tecnologia, principalmente sobre como o papel da TI pode interferir nos macroprocessos do modelo tradicional e baseados em valor, bem como suas necessidades identificadas. Porém, seu artigo ressalta inclusive a dificuldade em compartilhamento de dados, intensificado, inclusive, pela LGPD (Lei Geral de Proteção de dados). Neste estudo, foram realizadas entrevistas com gestores de operadoras e a aplicação da TI em modelos de remuneração baseados em valor e como deveria ser o compartilhamento de dados entre prestadoras e operadoras. Por abordar mais a respeito das operadoras, esse artigo será explorado melhor mais adiante.

Em se tratando da concepção dos líderes hospitalares em relação ao modelo baseado em valor, Francisquini (2020), destaca a importância dos profissionais estarem preparados para a implantação do modelo, todavia em seu estudo ficou evidente que os profissionais não estão preparados para esse processo transformador, além de não possuírem recursos e estratégias suficientes para aplicação desse modelo. Ficou claro também que o modelo hospitalocêntrico dificulta uma mudança na cultura organizacional dos hospitais, pois o desfecho clínico do paciente é essencial para um modelo baseado em valor, e o valor em saúde percorre ambientes que não só o hospital.

4.2.2 Posicionamento das Operadoras

❖ *Capitation*

Em relação as operadoras, os artigos encontrados apresentaram poucas evidências da viabilidade da aplicação desse modelo. Para Covre e Alves (2002), atualmente os agentes da saúde, relacionam-se de maneira conflituosa, pois o que para um agente é lucro, para o outro é prejuízo e ambos atuam de acordo com suas próprias necessidades e interesses. Junior (2021), destaca a importância da inovação para as operadoras. Utilizando de novas ideias, práticas, objetos ou arranjos afim de solucionar problemas da gestão. Para isso, definiu o Modelo ACO - *Accountable Care Organization*, em que servia para alterar o cenário das prestações de serviços, passando a valorizar mais o resultado das prestações de serviços ao invés da quantidade de uma rede credenciada. No final de 2016, organizou então o protótipo *quadruple aim*, que resumidamente trabalhava os aspectos técnicos e financeiros da relação entre pacientes e profissionais. Ainda em seu estudo, mostrava também o desempenho da operadora, quando se avaliava o índice de performance administrativa, dentre as quais destacam-se: o número de glosas, utilização dos prontuários eletrônicos, adesão aos protocolos e ausência de NIP. Com a adesão da ACO, as operadoras poderiam realizar auditorias em todas as prestadoras que participou da pesquisa, e poderiam solicitar e iniciar atividades que necessitassem de dados adicionais.

Nota-se que o modelo *capitation* para as operadores de saúde requer discussão, aprimoramento e estrutura adequada para implementação, caso contrário, no cenário apresentado pode permitir que barreiras se levantem contra a utilização deste modelo.

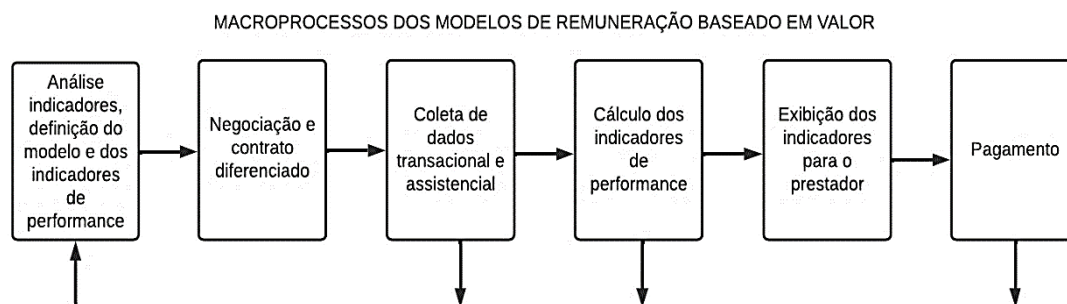
❖ *Pay For Performance*

O modelo PFP para as operadoras, de acordo com o que foi encontrado, tem demonstrado um resultado satisfatório. Para Gomes, Cherchiglia e Carvalho (2012), o resultado da aplicação desse modelo em hospitais credenciados permitiu agendar mais consultas, já que o tempo no consultório do médico diminuiu de 30 minutos para 20 minutos. Essa mudança na prestadora, causa impacto positivo financeiro para as operadoras, esse resultado foi demonstrado por Talevi (2018), onde fez um cálculo

hipotético dos custos dentro de uma cooperativa nos anos de 2015 e 2016, chegando a uma redução de 6% e 9% respectivamente. Porém, houve diversas variáveis na redução de custos da cooperativa, dentre elas, foram o aumento do número de beneficiários, diminuição do número consulta.

Outro ponto encontrado a respeito das operadoras, já mencionado também, é a utilização da tecnologia durante o compartilhamento de dados entre as operadoras e prestadoras. Por meio desses dados pode-se analisar indicador de desempenho dos prestadores e posteriormente ocorrer o pagamento. Em um modelo de remuneração baseado em valor, especificamente, o *pay for performance*, o macroprocesso de pagamento é ampliado. Ou seja, enquanto em um modelo tradicional ocorre a sequência de contratualização, autorização, contas médicas e o pagamento, com esse novo modelo ocorre o processo apresentado na figura 10.

Figura 10: Modelo de Remuneração baseado em valor



Fonte: Mimary (2021)

Holstein (2018) encarou a implantação do modelo com bons olhos, devido aos hospitais credenciados serem pagos somente se apresentassem bons resultados em seus indicadores. Isso gera uma vantagem competitiva entre as prestadoras conveniadas ao plano. Contrapondo a ideia de Holstein (2018), a pesquisa de Francisquini (2020) relata a falta de incentivo das operadoras na implantação desse modelo. Por terem uma pouca habilidade em se relacionar, as operadoras e as prestadoras apresentam um baixo nível de confiança (o compartilhamento de dados também é um agravante), dificultando a aplicação do modelo.

4.2.4 Posicionamento dos beneficiários

❖ *Capitation*

Para os beneficiários, os estudos encontrados apresentaram alguns aspectos relevantes, principalmente na relação entre prevenção e a aplicação do *capitation*.

Para Barham e Milliken (2014), os pacientes são classificados como frágeis e saudáveis. Sendo a base populacional (uma das definições da capitação) escolhida pelos médicos, deixando a cargo do médico o resultado da qualidade do serviço prestado. Isso por sua vez, não incentiva os médicos levando-os a aumentarem o número de pacientes atendidos para que possam obter um ganho necessário. Em contrapartida, Junior (2021) demonstra que para que haja um atendimento de qualidade, todo sistema de serviço precisa ser mudado, não apenas uma definição da base populacional, para tanto, durante a aplicação do ACO foi utilizado os indicadores de percepção de qualidade, satisfação e experiência do paciente (NPS), além da tentativa de promover um engajamento maior do mesmo.

❖ *Pay For Performance*

Para a os beneficiários o pagamento por desempenho lava-os a comportamento diferente. Pois como o programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares, por exemplo, tinha o propósito que avaliar o desfecho clínico de cada pacientes, esses por sua vez eram amparados por vários profissionais (não apenas os médicos) que os incentivavam a adotar um comportamento mais saudável, auxiliando em sua recuperação. Essa visão é reforçada por Barreto e Dias (2017) em sua revisão sistemática, pois evidencia uma melhora na qualidade da prestação de serviços, entretanto, o comportamento dos usuários não são identificáveis, devendo esse modelo ser cuidadosamente planejado e aplicado.

De acordo com Holstein (2018), o modelo também tem a finalidade de elevar a qualidade dos serviços prestados através do incentivo financeiro aos prestadores, entretanto, a utilização da coparticipação (paciente também se torna responsável pelos custos do tratamento) auxilia na contenção dos gastos, fazendo com que o paciente se torne mais consciente da utilização dos recursos. Também reforça a pesquisa sistemática de Barreto e Dias (2017) em que evidencia que o desfecho clínico tem mais sucesso com a aplicação do modelo.

4.3 Fase 3: Viabilidade dos modelos

Com as observações durante a leitura dos artigos, o modelo *capitation* é o mais desafiador quanto a implementação principalmente para as prestadoras. Tornando-a mais ativa na entrega de valor, o prestador através desse modelo, tem que ter uma postura muito mais eficiente, tornando seus processos internos mais dinâmicos e otimizados.

Observam-se os questionamentos a respeito da implantação desse modelo, visto que muitas vezes as prestadoras não estão com fôlego financeiro para realizar projetos pilotos a respeito desse modelo.

As operadoras por sua vez, podem realizar o contrato do prestador que tenha mais performance em seus indicadores, esse ponto dificulta também a relação entre esses dois agentes. Já para o beneficiário, o modelo por apresentar um valor fixo, acaba sendo utilizado o plano para pagamentos de consultas ou procedimentos preventivos. Não é recomendado ou atrativo para o beneficiário pagar por procedimentos mais caros, pois corre o risco de não ter o atendimento da qualidade esperada.

No caso do pagamento por performance, a viabilidade está para todos os agentes do mercado. Por esse motivo é muito almejada a sua implantação em todas as redes de serviço de saúde, devido apresentação de bons resultados nos estudos encontrados. Seu desafio consiste basicamente por não ter tantos exemplos de implantação e cases de sucesso no Brasil.

O modelo apresenta vantagens para o prestador, pois tem o incentivo financeiro que complementa seu salário e para a operadora é possível identificar o nível de satisfação do beneficiário. Além de que, quanto mais pacientes estiverem sendo tratados por uma equipe de profissionais que tenham o critério de entrega de valor em saúde, mais beneficiários as operadoras conseguem atingir e vender seus planos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho de pesquisa constatou-se que, atualmente existem no Brasil 965 operadoras de saúde, essas contemplam cerca de 47 milhões de beneficiários, assim observa-se que as operadoras prestam assistência médica à 22,38% da população, número que vem caindo ao longo do tempo, por esse motivo torna-se importante estudo do posicionamento do mercado da saúde frente aos modelos de remuneração.

Diante deste cenário, a pesquisa teve como objetivo geral, descrever o posicionamento das prestadoras, operadoras e beneficiários diante dos modelos de remuneração *Capitation* e *Pay For Performance*.

O modelo *Capitation* caracteriza-se pelo valor fixo, cobrado por paciente e por um período determinado, assim também se tem a previsibilidade dos gastos, estímulo a prevenção a saúde, porém um maior risco é apresentado para o prestador. Já *Pay For Performance* caracteriza-se pela avaliação do desempenho dos profissionais através da análise de indicadores, procura estimular um maior relacionamento entre operadora e prestadora, por meio do compartilhamento de dados, assim como incentivos financeiros para o alcance de metas preestabelecidas.

No posicionamento do mercado da saúde no modelo *Capitation* identificou-se que as prestadoras, tem maior risco; previsibilidade de receita, ciclo financeiro reduzido, custos maiores; foco na prevenção; e responsabilidade maior ao prestador. Para as operadoras tem como vantagem competitiva a melhor avaliação desempenho do prestador, e para beneficiários, incentiva o atendimento preventivo, avaliação do prestador segundo a satisfação.

No posicionamento do mercado para *Pay For Performance* identificou-se que para prestadoras há redução de tempo na consulta, para as operadoras reflete na melhorias dos indicadores financeiros, melhora a tecnologia durante o compartilhamento de dados entre as operadoras e prestadoras, possibilita a análise de indicadores de desempenho do prestador, o pagamento por bons resultados geram competitividade entre prestadores e para os beneficiários observa-se o atendimento otimizado e melhora a relação com outros profissionais de saúde.

A pesquisa bibliográfica em bases de dados buscou as publicações no período de 2016 e 2021, proporcionando uma abordagem narrativa para o tema. Vale salientar que, dada as restrições impostas pela pandemia do COVID-19, não permitiu a pesquisa de campo que, certamente, enriqueceria os objetivos propostos.

Sugerimos que novos trabalhos alcancem a possibilidade de confirmações empíricas dos modelos de remuneração. Apesar das limitações encontradas com a pouca disponibilidade de estudos nas bases de dados selecionadas, é possível verificar que os modelos selecionados são alternativas viáveis para a área da saúde. A metodologia escolhida foi suficiente para executar o trabalho, embora outras técnicas poderiam explorar ainda mais o tema.

Dado a pesquisa e seus objetivos gerais e específicos é observado a necessidade de novas pesquisas a respeito dos modelos de remuneração bem como maneiras de aplicar tais modelos. Conforme encontrado na revisão de literatura, existem outros modelos que podem ser aplicados em instituições de saúde e que para tanto necessitam de mais estudos aprofundados.

REFERÊNCIAS

AFONSO, José Roberto Rodrigues; CASTRO, Kleber Pacheco de. **Aspectos Tributários da Saúde Suplementar no Brasil**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Saúde Suplementar 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua, Letra Certa, Londrina, 2020. Disponível em: < SS_20ANOS.pdf (iess.org.br)>. Acesso em: 01 jun. 2021

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Texto de discussão. Instituto de pesquisa econômica aplicada n. 1.006. Brasília: Ipea, dezembro 2003. Disponível em: < http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo05/Biblioteca/Artigos_pdf/Formas%20de%20remuneracao%20nos%20servicos%20de%20saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde: Beneficiários, Operadoras e Planos** [Online]. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em < [caderno_JUNHO_2016_total.pdf \(ans.gov.br\)](#)>. Acesso em: 27 Mai de 2021

_____. **Dados e Indicadores do Setor**. 2021. Disponível em: < [Dados e Indicadores do Setor — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 22 Mai de 2021

_____. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar**. [Online]. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < [capavertical \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 10 Jan de 2021

_____. **Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < [gt-remuneracao-relatorio-descritivo.pdf \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 21 Nov de 2021

_____. **Guia para implementação de modelos de remuneração baseado em valor**. [Online]. Rio de Janeiro, 2019 Disponível em < [guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 01 Mai de 2021

_____. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < [guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 14 Jan 2022

_____. **Histórico**. 2021. Disponível em: < [Histórico — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 22 Jul de 2021

_____. **Painel de Indicadores de Glosa**. 2021. Disponível em: < [Painel de Indicadores de Glosa — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 31 Mai de 2021

_____. **Quem somos**. 2021. Disponível em: < Quem Somos — Português (Brasil) (www.gov.br)>. Acesso em: 22 Mai de 2021

_____. **Resolução – RDC, Nº 295**, de 05 de maio de 2012. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providência. Disponível em: <Resolução Normativa nº 295 DE 09/05/2012 (normasbrasil.com.br)>. Acesso em: 31 Mai de 2021

_____. **Resolução - RDC, Nº 305**, de 09 de outubro de 2012. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. Disponível em: < ANS - LEGISLAÇÃO (sbpc.org.br)>. Acesso em: 31 Mai de 2021

_____. **Resolução – RDC, Nº 39**, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: (Microsoft Word - RESOLU\307\303O ANS RDC 39.doc) (cfo.org.br). Acesso em: 31 Mai de 2021

ARAÚJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.23, p. 2763-2770. Disponível em: <SciELO - Brasil - Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil >. Acesso em: 05 jun. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. **Visão Saúde**. Revista de Planos de saúde. Editora Abramge, 3º ed., [Online], 2017, Trimestral. Disponível em: <https://sinog.com.br/revista-visao-saude-edicao-03-jan-fev-mar-2017/>. Acesso em: 27 Mai. De 2021

BALZAN, Marcio Vinicius. **O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares**. 2000 (Dissertação) Curso de pós graduação da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, SP. 2000. Disponível em: < 1200000513.pdf (fgv.br)> Acesso em: 29 mai. 2021

BESSA, Ricardo de Oliveira. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação (mestrado). São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8151>. Acesso em: 30 maio. 2021.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988. Disponível em < Constituição da República Federativa do Brasil (senado.leg.br)>. Acesso em: 01 mai. 2021

_____. **Conselho Nacional De Secretaria De Saúde.** Saúde Suplementar/Conselhos Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <Livro 12 - Saúde Suplementar | PDF | Cooperativa | Setor Terciário da Economia (scribd.com)>. Acesso em: 10 Jan de 2022

_____. **Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Disponível em <L9961(planalto.gov.br)>. Acesso em: 08 mai. 2021

_____. **Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.** Disponível em < lei-9656-3-junho-1998-353439-normaatualizada-pl.pdf (camara.leg.br)>. Acesso em: 08 mai. 2021

_____. **Lei nº 55 de 15 de dezembro de 2016.** Proposta de Ementa Constitucional Disponível em: < documento (senado.leg.br)>. Acesso em: 09 mai. 2021

BREMM, Fabrício Scherer. **Faturamento Hospitalar:** Um estudo envolvendo o fluxo do prontuário. 2018, n. 23, MBA em Gestão em Saúde - Universidade Lasalle, Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: < FATURAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO ENVOLVENDO O 2020-01-15¢ resultar em perdas de receita. (SALU, 2015) - [PDF Document] (vdocuments.mx) >. Acesso em: 11 Jun de 2021

BUCK, Luciana Ivizi; **Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação.** 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão de organizações de Saúde) - Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Tese doutorado. Universidade de São Paulo Ribeirão Preto 2018. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-14022019-03451/publico/LUCIMARAIVIZIBUCK.pdf> >. Acesso em: 27 maio 2021

CALVO, Maria Cristino Marino. **Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde do Brasil:** o mito da eficiência privada no estado de mato grosso em 1998. 2002. n 223. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: < Microsoft Word - 3E873D74-41F1-20BD7B.doc (ufsc.br)>. Acesso em: 12 mai. 2021

CINTRA, Renato Fabiano. et al. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: Um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v.10, n.18, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: < C:\Users\Minayo\Documents\fecha (scielo.br) >. Acesso em: 28 mai. 2021

CONGRESSO DE TRANSFORMAÇÃO DIGITAL. 2019, São Paulo. **Pensou Em Transformação Digital Na Saúde? Inicie Pela Modelagem!** Fundação Getúlio Vargas – EAESP, 16. Disponível em: <(PDF) Pensou em Transformação Digital em Saúde? Inicie pela modelagem | PRISCILA MIMARY - Academia.edu>. Acesso em: 14 Jan 2022

COSTA, Elenilde Pereira da Silva Ribeiro. ARRAIS, Alessandra da Rocha Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2018, v. 31, n. 2. pp. 170-180.

Disponível em: < SciELO - Brasil - Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service>. Acesso em: 20 mai 2021

DAROS, Raphaella Fagundes. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 26, p. 525 - 547, 2016. Disponível em: < SciELO - Brasil - A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade>. Acesso em: 12 mai de 2021

DAROS, Raphaella Fagundes. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 26, p. 525 - 547, 2016. Disponível em: < SciELO - Brasil - A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade>. Acesso em: 12 mai. 2021

DIAS, Igor; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde: um overview de revisões sistemáticas. **Revista Comunicação Ciências Saúde**, Brasília, v. 2, n. 27, p. 119-128, 2016. Disponível em: < Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde: um overview de revisões sistemáticas | Comun. ciênc. saúde;27(2): 119-128, abr., 2016. ilus | MS (bvsalud.org)>. Acesso em: 10 Nov. 2021

FATURMEDICA: Cursos e apostilas. **Rotinas Administrativas em faturamento médico-hospitalar a operadoras de planos de saúde**. Lima, Érika Alves de, 2007. P. 16 a 23. Acesso em: 27 de Mai de 2021

FIGUEIREO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e PSF para Enfermagem**: Práticas para o cuidado em saúde coletiva. 1º Edição, São Caetano do Sul, SP, Yendis Editora, 2007, v.01, p.15-19

FRANCISQUINI, Flavia Gomes. **Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor**. Trabalho Aplicado (Mestre Profissional em Gestão para Competitividade) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2020. Disponível em: < [https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29628/FLAVIA FRANCISQUINI - 21.08.pdf?sequence=1](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29628/FLAVIA_FRANCISQUINI_-_21.08.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 Out. de 2021

FREITAS, Paula de Souza Silva. et al. A percepção dos usuários sob a oferta de programa de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 449-469, 2011. Disponível em < SciELO - Brasil - A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão >. Acesso em: 22 mai. 2021

GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves. A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: Um olhar a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 712-725. Disponível em: < pt (scielosp.org) >. Acesso em: 22 mai. 2021

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Metodologia de Pesquisa científica. SEAD. **Editora da UFRGS**. Porto Alegre 2009. 1 Edição. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213838/000728731.pdf?sequence> .> Acesso em : 27 Junho 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. THIOLENT, Michel. Metodologia da pesquisa - ação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986. Disponível em: <file //C:/Users/user/Downloads/LIVRO%20II.pdf .> Acesso em 27 Junho 2021.

GOMES, Cármen Lúcia Soares; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal; CARVALHO, Cristiana Leite. Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 567-586, 2012. Disponível em: < SciELO - Brasil - Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde >. Acesso em: 20 Nov. de 2021

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Bases para um novo Sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 36, n. 10, p. 1-10, Jul./Set, 2015. Disponível em: Bases para um Novo Sanitarismo | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (rbmfc.org.br).Acesso em: 10 Jan de 2022

HOLSTEIN, Matheus Xavier. **Percepção dos gestores de empresas de saúde suplementar de porto alegre sobre os diferentes modelos de remuneração assistencial**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Ciências Administrativas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: < Percepção dos gestores de empresas de saúde suplementar de Porto Alegre sobre os diferentes modelos de remuneração assistencial (ufrgs.br)>. Acesso em: 16 Nov. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2021). Disponível em: < IBGE | Portal do IBGE | IBGE>. Acesso em: 03 Mai de 2021

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Gasto Tributário como ferramenta para o desenvolvimento econômico e social do país**. Online, 2020, 13. Disponível em: < <http://iess.org.br/sites/default/files/2021-04/TD77.pdf> >. Acesso em: 01 Jun de 2021

_____. **Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar**. Online, 2017, 20. Disponível em< TD 64 - Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar | IESS>. Acesso em: 22 Fev. de 2022

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **O Brasil em 2035: Tendências e Incertezas para a área social**. Rio de Janeiro, 2017, 66. Disponível em: < td_2348.pdf (ipea.gov.br)>. Acesso em: 01 Jun de 2021

JUNIOR, Álvaro Escrivão; KOYAMA, Marcos Fumio. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 12, p. 903-914, 2007. Disponível em: < 10.4 álvaro.pmd (scielosp.org) >. Acesso em: 03 jun. 2021

KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDALL, Carl. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Rede de Enfermagem Nordeste**. Universidade Nacional do Ceará. v. 14, n. 6, p. 1061-1063, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf>. Acesso em 27 jun.2021.

KROPF, Antônio Jorge G. A Saúde Suplementar e a cadeia de suprimentos. **Revista Debates GV saúde**, [internet], v. 3, p. 10-15, 2007. Disponível em: <<https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/31.pdf>>. Acesso em 12 abril 2021

LORENZETTI, Jorge. Et al. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogos com Gestores Públicos e Privados. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 23, n. 2, p. 417-425. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/qJDNdKlvQ9qc6wVRsQRmyyH/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 01 mai. 2021

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite. et al. A historicidade filosófica do conceito de saúde. História da Enfermagem: **Revista Eletrônica**, Santa Catarina, v. 1, n.10, p. 17-35, 2012. Disponível em < A Historicidade Filosófica do Conceito Saúde (abennacional.org.br)>. Acesso em: 22 Mai. 2021

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina da Silva. **Metodologia Científica**. [Recurso Eletrônico], Porto Alegre, Edição Sagah Educação S. A, 2018

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.3, p.1181-1188, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf> >. Acesso em: 03 jun. 2021

MAURIZ, Clarice et al. Faturamento Hospitalar: Um passo a mais. **Revista Inovação**, Teresina, v.1, n.1, p. 38-44, 2012. Disponível em: < FATURAMENTO HOSPITALAR: UM PASSO A MAIS | Mauriz | Revista Inova Ação (unifsa.com.br)>. Acesso em: 11 jun. 2021

MIMARY, Priscila. **O papel da tecnologia da informação em um modelo de remuneração baseado em valor em operadoras de saúde**. Trabalho Aplicado (Mestre em Gestão para a Competitividade) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2021. Disponível em: <20210504 - O PAPEL DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM UM MODELO DE

REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR EM OPERADORAS DE SAÚDE- v_final.pdf (fgv.br)>. Acesso em: 10 Nov. de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.979**. De 12 De Novembro De 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br)>. Acesso: 10 Jan de 2022

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007. Disponível em: SciELO - Brasil - Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Acesso em: 10 Jan de 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidado inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: Relatório Mundial. Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2003. 105. Disponível em < Manual MONT.pmd (who.int)>. Acesso em: 01 mai de 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Salvando vidas, gastando menos: Uma resposta estratégica às doenças não transmissíveis**. Organização Mundial da Saúde, Suíça, 2018. 20. Disponível em < Saving Lives, Spending Less: A Strategic Response To NCDs. Salvando Vidas, Gastando Menos: Uma Resposta Estratégica Às DCNTs. | PDF | Doenças Cardiovasculares | Medicina Preventiva (scribd.com)>. Acesso em: 10 Jan de 2022

PINTO, Daniel de Sousa. Compartilhamento de risco na saúde suplementar brasileira. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [impresso], v. 2, n.12, p. 164-169, 2020. Disponível em: < Compartilhamento de risco na saúde suplementar brasileira | J. bras. econ. saúde (Impr.);12(2): 164-169, Agosto/2020. | LILACS | ECOS (bvsalud.org) >. Acesso em: 03 jun. 2021

POLI, Paulo et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [Online], v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/QBMDQqdMMtNcBnftnbJFwdj/?format=pdf> >. Acesso em: 23 Out de 2021

RESENDE, Tamiris Cristhina. et al. Avaliação de Políticas Públicas: Revisão sistemática sobre um programa de desempenho na saúde pública no Brasil. **Revista de Ciências da Administração**, [online], v. 23, n.59, p. 63-77, 2021. Disponível em < Vista do Avaliação de Políticas Públicas: revisão sistemática sobre um programa de pagamento por desempenho na saúde pública no Brasil (ufsc.br) > . Acesso em: 23 Out de 2021

RODRIGUES, Julho Anne Rossi Michelin. et al. Glosas em contas hospitalares: Um desafio à gestão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online], v.71, n.5, p. 2511-2518, 2018. Disponível em: < Pagamentos fora do bolso em contas hospitalares: um desafio para a gestão (bvs.br) >. Acesso em: 28 mai. 2021

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2007, v. 20, n. 2, p. 5-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 15 Jun 2021

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5ª Edição. México: Penso Editora LTDA, 2013. Páginas. 612

SESTELO, José Antônio de Freitas; SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde Suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 29, p. 851-866, Mai, 2013. Disponível em < untitled (scielo.br) >. Acesso em: 01 mai. 2021

SILVA, Alceu Alves da. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: Um novo relacionamento estratégico. **Revista Regulação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.104-177, Jul, 2003 Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso: 20 fev.2022

SILVA, Danielle Oliveira da. **Efetividade da remuneração por desempenho na assistência oncológica: Uma revisão sistemática**. Dissertação. Mestrado de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: < Efetividade da remuneração por desempenho na assistência oncológica: uma revisão sistemática>. Acesso em: 20 Out. de 2021

SILVA, Luís Carlos de Paula e. et al. O Faturamento Hospitalar: Quem cuida conhece? **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 60, n. 15, p. 121-126, 2013. Disponível em: <O faturamento hospitalar: quem cuida conhece? | Bibliografia do SUS (bvssalud.org)>. Acesso em: 14 abr. 2021

TALEVI, Fabiana Pastro. **Modelo de pagamento por performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil**. Dissertação. Mestrado em Biociências e Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2018. Disponível em: < Fabiana_Talevi2018.pdf (unioeste.br)>. Acesso em: 10 Nov. 2021

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mário César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.19, n.1, p.166-187. Disponível: <Vista do Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras (usp.br)>. Acesso em: 05 jun. 2021

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; LIMA, Sheyla Maria Lemos. Sistemas de alocação de recursos de prestadoras de serviços a saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: 2013. Vol. 4. pp. 135-168. Disponível em: <noronha-9788581100180-05.pdf (scielo.org)>. Acesso em: 25 nov 2021

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; JÚNIOR, Clóvis Castelo. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 37, p. 216-221, 2013. Disponível em: < [importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf](#) >. Acesso em: 01 Mai. 2021

ZUNTA, Raquel Silva Bicalho; CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira; LISBOA, Maria Alice Paes de Lira da Ponte; CASTILHO, Valéria. Treinamento com foco no faturamento assistencial: Uma inovação no serviço de educação continuada. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 30, p. 250-255. Disponível em: < [713-Texto do artigo-1295-1-10-20200603.pdf](#)> Acesso em: 21 Fev. 2022