

# Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

## Relatório Descritivo



Rio de Janeiro, setembro de 2018

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2. GRUPO DE TRABALHO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO</b> .....	4
<b>2.1 FASE 1 DO GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO</b> .....	4
2.1.1 1ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	5
2.1.2 2ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	5
2.1.3 3ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	6
2.1.4 4ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	10
2.1.5 5ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	11
2.1.6 6ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	12
2.1.7 7ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	13
2.1.8 Principais encaminhamentos da Fase 1 do GT de Modelos de Remuneração.....	14
<b>2.2 FASE 2 DO GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO – 2018</b> .....	14
2.2.1 Primeira reunião dos Subgrupos .....	15
2.2.2 8ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	15
2.2.3 Segunda reunião dos Subgrupos .....	16
2.2.4 9ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	23
2.2.5 10ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	24
2.2.6 11ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração .....	25
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29

## 1. INTRODUÇÃO

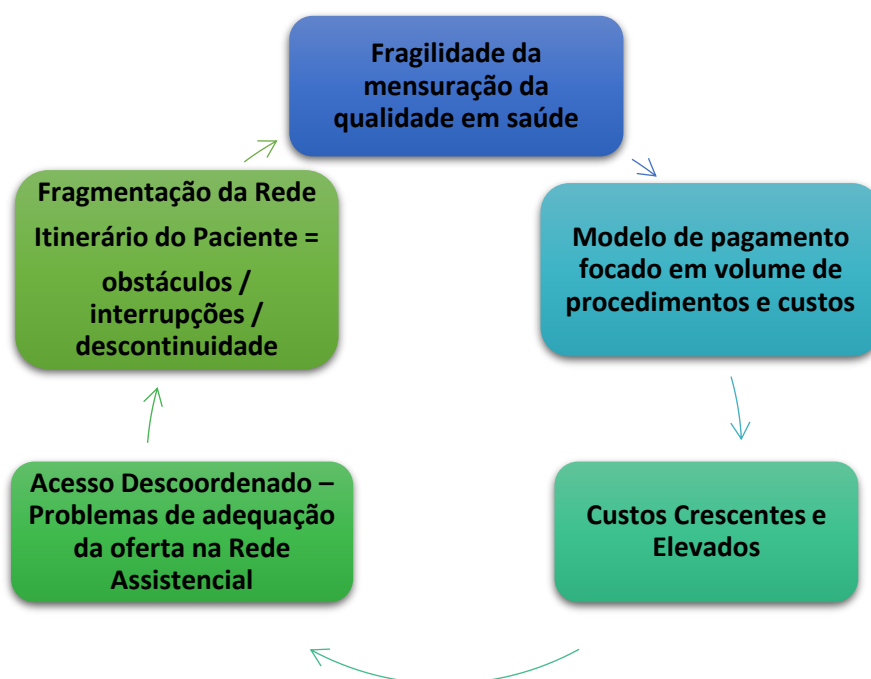
O Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração foi criado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em setembro de 2016, mediante a compreensão de que os modelos de remuneração podem contribuir para a sustentabilidade do setor e ser um instrumento indutor da qualidade do cuidado em saúde.

O presente Relatório traz uma síntese dos debates e encaminhamentos relacionados às reuniões ocorridas até o momento, na Fase 1 e na Fase 2 do GT de Modelos de Remuneração. A Fase 1 do GT ocorreu de setembro de 2016 a agosto de 2017. Em agosto de 2017 teve início a Fase 2, que se encontra em curso. Há ainda, a previsão de realização de uma Fase 3, na qual serão testados modelos de remuneração por meio de projetos-piloto.

Vale ressaltar a relevância da temática abrangida no GT, em um contexto de ampliação do debate acerca da necessidade de reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países, considerando as perspectivas de aumento da qualidade do cuidado em saúde e de eficiência na utilização dos recursos financeiros (OMS, 2010; ANS, 2018).

Fatores como o sistema de pagamento por procedimentos, a fragilidade na mensuração da qualidade da atenção à saúde e a fragmentação da rede assistencial contribuem para a ineficiência do setor suplementar de saúde, prejudicando o acesso e a qualidade do cuidado (Figura 1). O setor de saúde suplementar brasileiro tem ainda, como uma de suas características, a estrutura remuneratória baseada no *fee for service*, que representa um estímulo à competição por clientes e à realização de procedimentos (ANS, 2015).

**Figura 1. Por que discutir modelos de remuneração?**



Fonte: ANS, 2015

A remuneração dos prestadores em função apenas da quantidade de serviços produzidos pode colaborar para que a atenção à saúde ocorra de forma desvinculada das evidências científicas e sem contribuir para o alcance de melhores resultados em saúde (UGÁ, 2012). Nesse sentido, o modelo de remuneração adotado pode influenciar tanto o modelo de atenção à saúde quanto a organização da rede em seus diferentes níveis (MENDES, 2011).

As relações contratuais entre operadoras de planos privados e sua rede de prestadores de serviços de saúde constituem um ponto de conflito que historicamente permeia as interações estabelecidas no setor, em especial no que se refere aos aspectos remuneratórios. Assim, o referido contexto enseja o desafiador debate acerca da necessidade de implementação de novos modelos de remuneração no setor suplementar de saúde brasileiro, desafio assumido pela ANS e pelas demais instituições envolvidas no GT de Modelos de Remuneração.

## 2. GRUPO DE TRABALHO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

O Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração foi criado pela ANS no dia 14 de setembro de 2016, no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial - LAB-DIDES, tendo sido coordenado pela Diretoria Adjunta da DIDES até setembro de 2017. Em outubro de 2017, após realocação na atribuição relativa a alguns dos projetos desenvolvidos na DIDES, o GT passou a ser coordenado pela Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial -GEEIQ/DIDES.

Na Fase 1 do GT, o papel da ANS foi, essencialmente, de compartilhar estudos sobre os principais modelos de remuneração, focalizando na experiência internacional e no comparativo entre os modelos identificados com as experiências em andamento no Brasil, em especial no setor suplementar de saúde.

### 2.1 FASE 1 DO GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

- **Primeira reunião:** 14 de setembro de 2016. **Última reunião:** 15 de agosto de 2017.
- Participaram da Fase 1 do GT, representantes do setor de saúde suplementar: representantes de operadoras de planos privados de saúde, representantes de prestadores de serviços de saúde, entidades representativas de profissionais de saúde e representantes da indústria do setor saúde.
- A Fase 1 do GT foi organizada de modo a atender a necessidade de homogeneização e balizamento do conhecimento entre os participantes sobre vantagens e desvantagens de cada modelo de remuneração e também compartilhar experiências.
- Foram realizados estudos internos e apresentações de convidados nacionais e internacionais.
- Foram realizadas 7 Reuniões na Fase 1 do GT de Modelos de Remuneração (2 reuniões em 2016 e 5 reuniões em 2017).

### 2.1.1 1ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A 1ª reunião do GT de Modelos de Remuneração ocorreu no dia 14 de setembro de 2016 no Rio de Janeiro/RJ<sup>1</sup>. Na abertura da reunião, a ANS destacou a relevância de se debater o tema e mencionou algumas experiências no plano internacional.

Como forma de compartilhar boas práticas e incentivar os participantes a pensarem sobre formas inovadoras de remuneração, dois convidados apresentaram experiências: o Superintendente de Provimento de Saúde da Unimed Belo Horizonte, Sérgio Bersan; e o presidente da RioSaúde, Ronald Munk.

Em sua apresentação, Bersan expôs a experiência da Unimed Belo Horizonte com a implementação de modelos alternativos de remuneração e referiu que incentivos financeiros podem mudar a prática clínica dos profissionais de saúde, impactando no acesso da população aos cuidados em saúde. Foram mencionadas ainda, características do Programa de Certificação, implantado para toda a rede prestadora da Unimed Belo Horizonte em 2002. Em 2016, a operadora instituiu o denominado Projeto Selo de Excelência Assistencial, como estratégia de consolidação das iniciativas anteriores de qualificação da assistência à saúde e para introduzir a avaliação global da qualidade de serviço de saúde, com participação do beneficiário no processo.

Através do histórico de criação e desenvolvimento da RioSaúde, empresa pública da Prefeitura do Rio de Janeiro/RJ, Ronald Munk mostrou experiência relativa à gestão em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, usando instrumentos como a tecnologia da informação, para reduzir o tempo de espera nas filas das unidades de atendimento. Também foram padronizados os procedimentos e regulada a produtividade e os pedidos de exames, contando com a participação dos profissionais de saúde nas decisões.

Na busca por uma saúde pública de alto desempenho, a RioSaúde também implantou a gestão de custos, que inclui programa de parceria com fornecedores, redução do consumo de energia e o planejamento de insumos em ciclos trimestrais. O presidente da RioSaúde destacou ainda o investimento nos profissionais da empresa, através de remuneração variável meritocrática e avaliação de desempenho formal e individual. Tais iniciativas resultaram no aumento do número de pacientes atendidos nos prazos determinados e na redução da taxa de mortalidade.

### 2.1.2 2ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A segunda reunião do GT de Modelos de Remuneração foi realizada no dia 29/11/2016 no Rio de Janeiro/RJ<sup>2</sup>. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS apresentou as contribuições já recebidas da Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia (Fenafisio), da operadora Unimed Belo Horizonte e da operadora Unimed Federação do Rio de Janeiro.

A Fenafisio encaminhou proposições sobre novos modelos de remuneração, enfatizando a necessidade de padronização com estrutura única, de simplificação da

---

<sup>1</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3495-ans-cria-grupo-tecnico-para-debater-modelos-de-remuneracao>

<sup>2</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3650-ans-promove-o-2-encontro-do-gt-de-remuneracao?highlight=WyJyZW11bmVyYVx1MDBIN1x1MDBIM28iXQ==>

auditoria na operadora e de faturamento no hospital. A entidade enfatizou a importância da transparência, com a eliminação de arestas no relacionamento entre prestadores e operadoras (custo da desconfiança).

A Unimed Belo Horizonte prestou informações sobre o “Modelo de Atenção ao Paciente Renal Crônico Dialítico”, com o objetivo de definir o percurso assistencial dos pacientes dialíticos da operadora e gerenciar, através do monitoramento de indicadores, a segurança e a eficiência assistencial do tratamento oferecido. São realizadas auditorias assistenciais e reuniões periódicas para acompanhamento do desempenho. A coordenação do cuidado é remunerada através de incentivo financeiro periódico, por cliente, condicionado ao cumprimento das premissas e dos resultados dos indicadores.

Pela Unimed Federação RJ, foi recebido o relato da experiência do Grupo de Recursos Próprios, constituído com o objetivo de trocar experiências, padronizar os processos e qualificar as instituições envolvidas. Em 2012, o segmento relativo aos Recursos Próprios foi incorporado na estrutura organizacional da Unimed Federação e, em 2013, foi aprovado pelo Conselho de Administração da operadora o novo modelo de remuneração dos Recursos Próprios, com base em critérios de qualidade.

A ANS apresentou duas minutas de Resoluções Normativas:

(1) Proposta de RN estabelecendo obrigatoriedade das operadoras divulgarem em seu portal e informar à sua rede assistencial os resultados dos indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO); e estabelecendo obrigatoriedade dos prestadores de serviços da saúde suplementar de informar os resultados dos indicadores do Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços (PM – QUALISS) às operadoras; e

(2) Proposta de RN estabelecendo a obrigatoriedade das operadoras que comercializam planos privados de saúde com cobertura obstétrica conformarem sua rede assistencial com prestadores com taxa de parto normal igual ou superior a 40 por cento do total de partos.

Foi estabelecido o prazo até o dia 10 de janeiro de 2017 para que os integrantes do GT enviassem à agência reguladora as contribuições relativas às minutas de RN.

### 2.1.3 3ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A terceira reunião do GT de Modelos de Remuneração foi realizada no dia 14/02/2017 no Rio de Janeiro/RJ. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS explanou sobre características de experiências internacionais de modelos de remuneração e apresentou as contribuições recebidas de instituições participantes do GT, relativas às minutas de Resoluções Normativas divulgadas na reunião anterior.

Como contribuição, a Federação Unimed/RS fez um resgate de elementos discutidos no âmbito do Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais e destacou os seguintes aspectos:

- Modelo sugerido: DRG (*Diagnosis Related Groups*). Haveria um grande salto de qualidade se as operadoras passassem a classificar seus beneficiários atendidos nos hospitais próprios e credenciados na metodologia DRG para as diversas finalidades que esse método propicia;

- Sugestão de norma indutora da ANS para adoção do modelo: capacidade de obter informações importantes de qualidade, eficácia e custos, podendo realizar comparações que irão trazer melhorias reais ao setor;
- Regulamentação de norma que gere incentivos para as operadoras nesse sentido, dando um prazo razoável para se organizarem.

A operadora Nossa Saúde enviou contribuições relativas ao objetivo e escopo do GT, mencionando:

- Impossibilidade de adoção de único modelo de remuneração por todas as operadoras;
- Modelo híbrido de remuneração, com destaque para algumas variáveis: extensão territorial do Brasil e o contraste social entre as regiões; limitação de prestadores que atendam a todos os procedimentos; serviços de qualidade centralizados nos grandes centros; diferença de modelos de relacionamento entre empresas que oferecem planos de saúde e prestadores: autogestão, filantrópicas, etc.; variedade de porte das operadoras, gerando desvantagem na negociação;
- Sugestão de Resolução Normativa que regulamente novas opções de modelo de remuneração, prevendo padronização dos indicadores de qualidade assistencial para prestadores de serviço, viabilizando modelo pautado na qualidade;
- Padronização de indicadores de qualidade, tornando-se possível a adoção dos seguintes modelos: DRG (remuneração baseada no protocolo, incentivando um acréscimo quando o resultado for atingido em atenção aos protocolos); Pacote (contratação de um pacote por preço fixo, até um “X” de quantidade de procedimentos, nos casos que não forem passíveis de implementação do DRG); *Capitation* (RN estabelecendo padrões de indicadores de qualidade para as especialidades, serviços ou procedimentos hospitalares e ambulatoriais); *P4P* (remuneração por performance, em que será preconizada a avaliação centrada na qualidade da assistência); *Fee for Service* (somente para os casos que não se enquadrarem nos modelos anteriores).

Na sequência, é apresentada no Quadro 1 a síntese de contribuição recebida pela ANS acerca da proposta de RN que estabelece obrigatoriedades relativas à divulgação de indicadores do PQO e do PM – QUALISS.

**Quadro 1. Contribuições acerca da Minuta de RN sobre a obrigatoriedade de divulgação do IDSS e do PM-Qualiss**

ENTIDADE	CONTRIBUIÇÕES
Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A metodologia, construção e divulgação dos modelos de remuneração deve ser padronizada</li> <li>• Os indicadores devem ser úteis para a sociedade</li> <li>• Com relação à divulgação proposta pela minuta de RN:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equívoco na concepção do modelo. Sugestão: centralidade das informações de qualidade sobre qualidade. Exemplo: HEDIS (NCQA) e Hospital Compare.</li> <li>✓ Informações recebidas de forma avulsa de cada prestador podem levar a incongruências das informações divulgadas pelas operadoras.</li> <li>✓ A obrigatoriedade de as operadoras informarem os prestadores dos resultados do PQO, significa custos, é</li> </ul> </li> </ul>

	<p>ineficiente e de eficácia duvidosa, principalmente a comprovação da ciência de recebimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No contexto específico dos modelos de remuneração, se a informação de qualidade tiver papel fundamental nos contratos, a busca dessa informação pelos prestadores se tornará regra por interesse próprio.</li> <li>✓ Os sites das operadoras já se encontram saturados de informações trazidas por obrigações regulatórias anteriores. O acréscimo de informações muito extensas ou detalhadas compromete a qualidade da busca.</li> <li>✓ Solicita reconsideração da ANS em relação a proposta de RN, eximindo operadoras da obrigação de disponibilização das informações propostas na Minuta de RN sob análise.</li> </ul>
--	---

No Quadro 2, segue a síntese das contribuições recebidas pela ANS relativas à proposta de RN acerca de obrigações na conformação de rede de planos com obstetrícia.

**Quadro 2. Contribuições acerca da Minuta de RN sobre obrigações na conformação de rede de planos com obstetrícia**

ENTIDADE	CONTRIBUIÇÕES
Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Agência não goza da competência legal para interferir na relação privada entre operadora e prestadores que cumprem requisitos legais para funcionar. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Norma impositiva, que não leva em consideração que nem o prestador de serviço (hospital ou maternidade) nem operadora definem como será realizado o parto. Decisão tomada em conjunto pelo médico assistente e paciente.</li> <li>▪ O estabelecimento de imposições assistenciais pela operadora de forma unilateral, sem a concordância do prestador e que não ferem as regras sanitárias ou do CFM, são incompatíveis com as regras da regulamentação da Lei nº 13.003/2014.</li> <li>▪ Norma não considera heterogeneidade das redes prestadoras no país. Prestadores que não cumprem as regras podem ser imprescindíveis para os critérios de registro de produto.</li> <li>▪ Não há quantidade suficiente de prestadores de serviços que se enquadrem nos critérios exigidos na minuta. Nos últimos anos tem havido redução do número de leitos obstétricos.</li> <li>▪ Os prestadores não se enquadram nas normas exigidas pela minuta e há uma redução no número de alternativa de prestadores.</li> </ul> </li> </ul>
Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A minuta de Resolução Normativa apresenta uma solução mais simples do que a que seria verdadeiramente necessária para cumprir os objetivos desejados.</li> <li>• Um limite geral, sem levar em consideração peculiaridades geográficas e populacionais, pode impedir o acesso de beneficiárias ao sistema.</li> <li>• Instituições próximas ao limite de 40% proposto, temendo o descredenciamento, podem começar a focar em casos menos complexos, deixando as mulheres mais necessitadas de atenção hospitalar com menos opções às quais recorrer.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planos com beneficiárias com uma idade média maior, que têm uma maior probabilidade de precisar de um parto cirúrgico, teriam que modelar suas redes para atender à resolução da ANS, e não às verdadeiras necessidades de suas beneficiárias.</li> <li>• Outros planos, ainda, com abrangência geográfica limitada, podem não encontrar na sua região prestadores que lhe permitam atingir o limite imposto pela norma.</li> </ul>
Operadora Nossa Saúde	<p>Inevitavelmente haverá uma retração do mercado na oferta de planos com obstetrícia, tendo em vista que os índices são impraticáveis para o território nacional, sobretudo em locais que oferecem poucos prestadores de serviços de obstetrícia. Entendemos que caso venha a ser aprovado o modelo, o efeito poderá ser contrário, reduzindo o acesso de produtos que contemplem a opção obstetrícia.</p>

No transcorrer da 3ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração, Bruno Santos, da FenaSaúde, expôs o panorama de remuneração de prestadores em países selecionados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE de 2016, abordando:

- Definição dos conceitos relativos a modelos de remuneração;
- Resultados do *Survey* da OCDE 2016 sobre modelos de pagamento e financiamento dos serviços e sistemas de saúde;
- Características dos Modelos de Pagamento em 20 Países da OCDE.

Após, foi realizada atividade de *Design Thinking*, com o propósito de identificar pilares que refletissem a visão, os desejos e as necessidades dos atores envolvidos sobre o tema “modelo de remuneração”. A definição das premissas contou com a participação de 79 pessoas. Destes, 46 participaram da dinâmica, realizada a partir da conformação de 5 grupos multidisciplinares, incentivando o trabalho colaborativo entre os grupos. A partir de algumas questões orientadoras, foram estabelecidas pelos participantes as seguintes premissas básicas relativas aos modelos de remuneração:

1. Eficiência do sistema: O modelo de remuneração deve focar na eficiência e eficácia do sistema, para que não se gere gastos e recursos desnecessários e para que as ações desenvolvidas sejam eficazes.

2. Foco na qualidade de serviço para o paciente: O novo modelo de remuneração deve seguir o princípio que a finalidade dele é proporcionar a qualidade de serviço ao paciente sempre em primeiro lugar.

3. Transparência do GT: Todo o projeto deve ser documentado e divulgado simultaneamente na internet. As reuniões e encontros devem acontecer de forma aberta e organizada previamente com a ANS.

4. Novos modelos precisam de novas relações: É imprescindível que todas as partes do sistema mantenham um relacionamento aberto e franco, proporcionando diálogo e discussões construtivas. O relacionamento deve ser ético e respeitoso e não privilegiar nenhuma das partes, para que possa levar a um ambiente de colaboração e parcerias. Para isso é importante focar nas similaridades e não nas diferenças para que se crie uma confiança entre todos.

5. Valorização dos bons profissionais: O modelo de remuneração deve valorizar e encorajar que todos sejam melhores profissionais, que busquem qualificação e excelência em suas atividades e assim sejam remunerados de maneira justa pelos bons serviços prestados.

6. Informação para todos: É essencial que a informação circule entre todas as partes envolvidas, e que a mesma seja rastreável. A partir disso, como consequência, será possível a geração de dados, que poderão ser comparados.

7. Visão sistêmica: É imprescindível que os *stakeholders* do setor de saúde suplementar possuam uma visão holística e considerem as necessidades e valores dos demais envolvidos, prezando por um modelo que beneficie o setor como um todo e que seja ganha-ganha.

8. Monitoramento compartilhado: O novo modelo deve contar com a participação ativa de todos os *stakeholders* para monitorar e avaliar o seu andamento e execução, fazendo ajustes necessários para que seja possível privilegiar os bons profissionais e a qualidade do serviço para o beneficiário.

9. O beneficiário como parte ativa no sistema: O foco do novo modelo de remuneração deve favorecer o beneficiário, enquanto membro ativo do setor, com clareza de todas as partes envolvidas de como o setor funciona, para que cada um possa assumir seu papel com mais consciência e responsabilidade.

#### 2.1.4 4ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

Na 4ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração, realizada no dia 11/04/2017 no Rio de Janeiro/RJ, a ANS apresentou o cronograma do GT e, na sequência, o Dr. André Osmo, médico que coordenou a equipe de implantação do DRG – *Diagnosis Related Groups* no Hospital Sírio Libanês, fez apresentação sobre: histórico (Linha do Tempo do DRG); características do modelo de DRG evolução e adaptações; experiências em diferentes países; e metodologia do processo de agrupamento e classificação.

Após as apresentações sobre o cronograma do GT e sobre DRG, foi realizado uma atividade no formato de *workshop*, que focava o momento atual e o desejável para o setor de saúde suplementar.

O conteúdo produzido pelo GT na atividade foi organizado em 9 blocos de aprendizados:

1. “Egossistema”<sup>3</sup>: O setor suplementar de saúde não está estabelecido enquanto “sistema”.
2. Qualidade espiritual: A padronização de indicadores e métricas é importante para se avaliar a performance e eficiência de negócios, assim como o resultado de um serviço executado.
3. O medo paralisa: O fato de ninguém arriscar a mudança coloca a sustentabilidade do setor em risco.

---

<sup>3</sup> “Egossistema” – Neologismo criado pela equipe participante da 4ª reunião do GT de Remuneração, em 11/04/2017, com o objetivo de melhor definir o objeto de estudo.

4. O custo da desconfiança: Um setor pouco cooperativo provoca um desperdício imenso de recursos, como tempo, dinheiro e informação/conhecimento, desviando energia para uma relação de segurança, blindagem e trincheiras entre os *stakeholders*, em que todo mundo paga essa conta.
5. A base das relações é monetária: Como não há integração e propósito único, as responsabilidades são fragmentadas e pouco claras para cada um dos *stakeholders*. Dessa forma, as relações tornam-se superficiais, comprometendo a sustentabilidade do setor. Todas as relações tornaram-se números.
6. Culpabilidade VS Corresponsabilidade: Nas atuais bases nas quais o setor de saúde suplementar está estruturado, de desconfiança, relações estritamente financeiras e falta de fluxo de troca de informação, a estrutura de relacionamento que se estabelece é conflituosa, com a tentativa de cada *stakeholder* de responsabilizar o outro e manter a sua posição.
7. Pago para não sofrer: O plano de saúde suplementar é visto de maneira geral como um mal necessário, visto que a contratação do plano é para sentir segurança, pois garante o acesso a médicos e hospitais.
8. Carteirinha do plano é igual ingresso de parque de diversões: Um sistema fragmentado e orientado essencialmente para a troca comercial, pouca coisa é feita para que o beneficiário tenha conhecimento do sistema. Uma visão essencialmente comercial, financeira, das relações entre os *stakeholders*, se reflete no comportamento dos beneficiários, que enxergam o fato de pagar por um serviço como direitos ilimitados. Somado a esse entendimento, não há programas ou ações sistemáticas voltadas à educação sobre saúde para a conscientização da sua responsabilidade no setor.
9. O paciente está à margem do sistema: Está evidente no atual contexto do setor de saúde suplementar, que o beneficiário não está inserido como parte ativa do sistema. Ele não é incluído nas decisões e diretrizes e é visto muitas vezes como um “problema”. Esse sistema baseado em uma relação de troca puramente financeira isola o fator humano, o que acaba reduzindo o paciente, que deveria ser o foco do sistema, a um mero espectador passivo.

#### 2.1.5 5ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

Na 5ª reunião do GT, realizada no Rio de Janeiro/RJ em 19/05/2017, o Hospital Mãe de Deus e a Unimed Porto Alegre relataram a experiência de implantação de novo modelo de “codificação integrada”, monitoramento da qualidade e utilização de DRGs de Baixo Risco. Na Fase 1 da implantação foi realizada a avaliação de desempenho comparado com o próprio hospital no tempo e foram definidos os seguintes Indicadores de Qualidade:

- Internações Sensíveis ao Cuidado Primário
- Mortalidade em DRG de Baixo Risco
- Mortalidade em Pacientes com Condições Adquiridas
- Permanência Hospitalar Clínica
- Permanência Hospitalar Cirúrgica
- Proporção de Cesarianas de Baixo Risco
- Readmissão em 30 Dias

- Readmissão em Pacientes com Insuficiência Cardíaca
- Taxa de Condições Adquiridas

Na sequência, o *workshop* de ideação, conduzido sob a metodologia do *Design Thinking*, contou com a participação de 14 membros do GT de Remuneração, com os seguintes objetivos:

- Compartilhar o ponto de vista do GT e captar considerações com possíveis modelos de remuneração de acordo com os diversos níveis de atenção;
- Trabalhar em ideias para a melhoria das relações entre operadoras e prestadores;
- Trabalhar com possíveis modelos de remuneração de acordo com os diversos níveis de atenção.

O *workshop* foi dividido em 3 grandes blocos:

- 1º bloco: Histórico do GT + pontos de vista;
- 2º bloco - Atividades de ideação: os participantes foram convidados a pensar em soluções focando na relação entre operadoras e prestadores de serviços. Eles tiveram que detalhar para qual prestador as ideias se referiam (hospital, clínica, médico, outros profissionais, laboratórios, etc.) e tiveram que pensar em soluções para: desburocratizar a relação, facilitar o fluxo de informação, evitar desperdício e focar na atenção primária;
- 3º bloco - Compartilhamento dos trabalhos: Em seguida os grupos fizeram uma dinâmica com um integrante de cada grupo permanecendo na mesa e os demais foram visitar os trabalhos dos outros grupos.

### 2.1.6 6ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

Na 6ª reunião, realizada em 13/06/2017 no Rio de Janeiro/RJ, Aline Medeiros da Optum International apresentou a metodologia do *Inpatient Grouper* (IPG). O IPG é uma metodologia para classificar internações em admissões clinicamente homogêneas, afim de permitir análise de dados e determinar pagamentos por diagnóstico e prestador. A metodologia foi inspirada no MS-DRG americano e construído exclusivamente para o sistema de saúde brasileiro. Foram esclarecidas algumas diferenças entre o DRG e o IPG, como o fato do IPG não depender completamente de dado clínico (usa código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID quando disponível, para melhorar o agrupamento), sendo baseado nas guias de cobrança do hospital.

A Unimed Volta Redonda fez apresentação sobre a remuneração dos médicos do Programa Bem Viver, vinculado ao Pleno (produto de atenção integral a saúde) onde os valores de remuneração são calculados a partir de um valor fixo (capitação) somado à performance. Para tanto, são utilizados indicadores de monitoramento da qualidade: procura ao pronto socorro; internações de condições sensíveis a atenção primária; número de exames solicitados por consulta e encaminhamento para atenção secundária.

A operadora Unimed Belo Horizonte apresentou a experiência de implantação de novo modelo de “codificação integrada”, monitoramento da qualidade e utilização de DRGs de Baixo Risco. A operadora faz uma associação entre modelos de pagamento e avaliação e monitoramento da qualidade: Acesso; Tempo de espera na

urgência/emergência; Índice de pacientes internados provenientes do pronto-atendimento com tempo de espera < 12 horas; Experiência do paciente; Prontuário Eletrônico; Permanência hospitalar clínica e cirúrgica; Readmissão não planejada em 30 dias; Taxa de condições adquiridas selecionadas; Mortalidade em DRG de baixo risco clínico; Proporção de Partos Normais; Taxa de mortalidade neonatal em recém-nascido de moderado baixo peso (1.500 a <2.500g). O representante da Unimed Belo Horizonte explanou ainda sobre o modelo de incentivo à qualidade (bônus remuneratório) e sobre o Selo de Excelência em Oncologia, que considera os seguintes aspectos: Segurança; Acesso; Desempenho Assistencial; Certificação e Experiência do Cliente.

Na sequência, foi realizado *workshop* para apresentar propostas de soluções, estabelecidas a partir das oportunidades identificadas nas reuniões anteriores. Assim, as propostas de soluções foram apresentadas na perspectiva de superar gargalos do sistema, nas principais relações do setor: 1. Base de Dados Única (unificação de dados de saúde); 2. Check-in > Check-up (qualificação da entrada dos beneficiários, Atenção Primária e remuneração); 3. Sinaleira da Saúde (uso consciente do sistema); 4. Avaliação do Sistema (performance do sistema e remuneração).

Ao final da atividade, foi colhido *feedback* sobre as principais soluções apresentadas ao longo do dia, com vistas à realização de ajustes e melhorias.

### 2.1.7 7ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou em 15/08/2017, no Rio de Janeiro/RJ os resultados parciais do GT de Modelos de Remuneração<sup>4</sup>. Após quase um ano de encontros e discussões sobre o tema, algumas operadoras de planos de saúde já implementaram novos modelos. Os cases foram compartilhados durante as reuniões, servindo como norte e motivação para as demais. O evento contou com a participação de quase 80 representantes de operadoras, prestadores de serviço, órgãos de defesa de consumidor e entidades que representam o setor. O encontro foi transmitido via *Periscope* e houve interação de quase 100 pessoas.

Na abertura do evento, a ANS apresentou um histórico das reuniões anteriores e a tipologia dos modelos de remuneração, bem como experiências no Reino Unido e em Portugal, reforçando a importância da qualidade em saúde para o setor. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES apresentou cinco ações inter-relacionadas que podem estimular a competição baseadas em valor nos cuidados de saúde:

1. Colocar o paciente no centro dos cuidados
2. Tornar transparentes os dados sobre resultados
3. Padronizar métodos para pagar pelo valor
4. Parar de recompensar o volume
5. Criar escolhas para pacientes e prestador

---

<sup>4</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4051-grupo-tecnico-de-remuneracao-apresenta-resultados?highlight=WyJyZW11bmVyYVx1MDBIN1x1MDBIM28iXQ==>

A especialista em Regulação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, Daniele Silveira, fez um resumo das experiências apresentadas nos encontros anteriores e destacou que é preciso fazer uma discussão transversal, porque embora as condições de saúde sejam distintas, o paciente é único. Ela também deixou claro que a ANS não está definindo nenhum modelo de remuneração, mas que é preciso haver estímulo à inovação na saúde suplementar. Daniele mostrou experiências na Universidade de São Paulo, no Hospital Mãe de Deus e Unimed Porto Alegre, Unimed Belo Horizonte e Unimed Volta Redonda. Houve também divulgação do calendário com as próximas reuniões do grupo.

Posteriormente, houve o debate e os presentes puderam opinar sobre o modelo de remuneração que julgavam ser mais eficaz. Ao final, foi debatida uma proposta de modelo de governança. A metodologia utilizada expôs que é preciso a triangulação de parcerias, transparência, qualidade e experiência positiva para que o beneficiário perceba esses princípios por parte da ANS. Foram identificados ainda a importância de alguns possíveis papéis da ANS: esclarecedora (guardião das transparências), mediador (guardião das relações), bonificador (guardião do reconhecimento) e analista (guardião da qualidade).

No encerramento, a ANS definiu a formação de quatro Subgrupos e a coordenação de cada um deles: atenção primária, atenção especializada, assistência hospitalar e um grupo de alinhamento da discussão e conceitos.

### 2.1.8 Principais encaminhamentos da Fase 1 do GT de Modelos de Remuneração

Os principais encaminhamentos dos membros do GT na Fase 1 foram:

- Definição e orientação para a utilização de um Conjunto Mínimo de Dados adequado para a classificação e agrupamento de pacientes;
- Necessidade de investimentos em Atenção Primária à Saúde;
- Criação de Programas de Qualidade em Documentação Clínica;
- Cursos de formação de codificadores para morbidade (CID / TUSS);
- Relevância de se definir Sumário Padronizado de Alta (Saída) Hospitalar contendo o CMD com possibilidade de trânsito por meios eletrônicos / virtuais;
- Evolução da Guia TISS;
- Aprimoramento do conteúdo e estrutura de uma tabela de procedimentos nacional – com hierarquia e códigos estruturados;
- Realizar discussões e divulgar metodologias de classificações de pacientes que propiciem avaliações coerentes de desempenho de qualidade, eficiência, eficácia e comparabilidade ("*benchmarking*") em todos os níveis de atenção à saúde ou posicionamento na cadeia produtiva – prestadores e financiadores;
- Avançar a discussão do GT para questões mais práticas de operacionalização dos modelos de pagamento a prestadores.

### 2.2 FASE 2 DO GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO – 2018

A Fase 2 do GT de Modelos de Remuneração foi realizada a partir dos debates ocorridos durante a realização da Fase 1 do GT. Inicialmente, a dinâmica foi estabelecida a partir

da continuidade das reuniões do denominado GT amplo, congregando todos os participantes do GT, e da conformação de Subgrupos, para aprofundar temas específicos. Na sequência, são apresentados os principais aspectos tratados nas reuniões realizadas até o momento na Fase 2 do GT de Modelos de Remuneração.

### 2.2.1 Primeira reunião dos Subgrupos

A primeira reunião com os facilitadores dos subgrupos ocorreu no dia 14 de novembro de 2017, na sede da ANS no Rio de Janeiro/RJ, com a coordenação de Rodrigo Aguiar, Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

A reunião contou com uma breve contextualização da Fase 1 do GT, que buscou homogeneizar e compartilhar conhecimento e experiências entre os participantes. Na sequência, a ANS sistematizou a proposta de composição dos três Subgrupos para aprofundar temáticas específicas: Profissionais de Saúde, Atenção Especializada/SADT e Hospitalar. Foi repassada também a proposta de cronograma para as Fases 2 e 3 do GT. Foi explicado, ainda, a expectativa relativa ao debate que se espera fomentar, bem como a importância dos facilitadores na dinâmica das reuniões e no registro dos encaminhamentos debatidos nos respectivos Subgrupos.

### 2.2.2 8ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A 8ª Reunião do Grupo de Trabalho (GT) sobre Modelos de Remuneração ocorreu no dia 05/12/2017, no Rio de Janeiro/RJ<sup>5</sup>. Na ocasião, houve nova composição das equipes (com definição dos facilitadores) e os 76 participantes foram divididos em 3 Subgrupos (remuneração de profissionais de saúde, atenção especializada e hospitalar) e receberam orientações sobre as regras de funcionamento do grupo, além do cronograma das reuniões que acontecerão em 2018. O objetivo do encontro foi lançar as próximas fases do GT de Remuneração, estabelecendo as diretrizes e a organização dos 3 Subgrupos de trabalho.

Na abertura, Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, esclareceu que “a ANS não vai editar normativo dizendo qual será o modelo de remuneração”. Ele também falou que o papel da agência é induzir a discussão e a implementação de novos modelos de remuneração com vistas a sustentabilidade do setor. “Pretendo, a partir da conclusão dos trabalhos de grupo, levar ao conhecimento da diretoria colegiada uma proposta de incentivo regulatório para aqueles que efetivamente apliquem no seu dia-a-dia o modelo de remuneração mais adequado”, acrescentou o diretor.

Ana Paula Cavalcante, gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS fez uma retrospectiva com pontos que foram apresentados desde a primeira reunião do GT, que aconteceu no dia 14/09/2016, e explicou que na Fase 3 serão implementados projetos-piloto de modelos alternativos de pagamento atrelados a indução da qualidade do cuidado. Ela falou sobre a possibilidade de incentivo regulatório no processo de acreditação das operadoras de planos privados de saúde vinculado à

---

<sup>5</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4242-ans-debate-modelos-de-remuneracao-com-operadoras-e-prestadores?highlight=WyJyZW11bmVyYVx1MDBGIN1x1MDBGIM28iXQ==>

adoção de modelos alternativos ou complementares de remuneração de serviços de saúde.

Daniele Silveira, em nome da Coordenadoria de Indução à Qualidade da ANS, fez um panorama de como foi a Fase 1 e apresentou as regras de funcionamento do GT e o cronograma de reuniões. Segundo ela, “o grande foco da discussão são os modelos considerados inovadores na remuneração. O trabalho dos Subgrupos é fazer a discussão. Vamos dialogar sobre os próximos passos e fazer a construção das próximas fases”. Durante a reunião, os presentes tiraram dúvidas sobre os próximos passos do GT e estabeleceram alguns critérios para o andamento da discussão do tema.

### 2.2.3 Segunda reunião dos Subgrupos

A segunda reunião dos Subgrupos técnicos foi dividida conforme as seguintes abordagens e datas: Profissionais de Saúde (dia 31/01/2018 – manhã), SADT (dia 31/01/2018 – tarde) e Atenção Hospitalar (dia 01/02/2018 – manhã)

Em ambas as reuniões a ANS fez a abertura, esclarecendo os seguintes aspectos:

- Papel da ANS: Induzir a discussão e a implementação de novos modelos de remuneração com vistas a sustentabilidade do setor;
- Não cabe à ANS estabelecer um modelo de remuneração a ser adotado pelo setor por meio de normativos ou definir tabela de remuneração;
- Fase 2: tem como objetivo definir, no contexto brasileiro, a viabilidade dos modelos para cada tipo de prestador de serviço, com vistas a desenvolver uma metodologia de implementação a ser testada na Fase 3;
- Fase 3: implementação de métodos desenhados na Fase 2 por meio de projetos-piloto de adesão voluntária, com duração de 12 a 18 meses.

No momento relativo aos debates, foram identificados tópicos comuns às reuniões dos três Subgrupos, conforme segue:

- Os Subgrupos não devem centrar-se na busca ou definição de modelos, pois estes já existem, mas sim, tentar viabilizar a aplicabilidade dos mesmos no setor suplementar de saúde;
- Os Subgrupos deverão ser objetivos, para efetivamente avançar no desenho de possíveis estratégias a serem implementadas pelos Pilotos da Fase 3;
- Foco dos Pilotos da Fase 3: (1) qualidade, (2) segurança (segurança do paciente e segurança na relação operadora/prestador) e (3) desfechos clínicos;
- Visão do projeto: Geração de Valor e Mudança do Modelo de Gestão Assistencial e do Modelo de Negócio.

Abaixo, seguem os principais tópicos identificados em cada uma das respectivas reuniões de Subgrupos:

- **Subgrupo de Profissionais de Saúde** (31/01/2018 - 09:00hs às 12:00hs)

#### **Principais tópicos:**

- Importância da informação em saúde para a conformação dos modelos de remuneração. Assim, foi solicitado à ANS que verificasse a possibilidade de



disponibilizar informações provenientes do TISS com nível de desagregação das informações que favoreça o monitoramento de determinadas ações de saúde.

- Os representantes de operadoras ficaram de encaminhar propostas à AMB de agrupamentos de informações relevantes em saúde, de modo que as sociedades médicas irão propor 3 ou 4 situações para serem monitoradas por meio de indicadores, com vistas à proposição de remuneração que agregue aspectos de qualidade.
- Também foi consenso de que o Subgrupo deve obter melhor conhecimento quanto aos agrupamentos de doenças ou diagnósticos propostos no DRG (*Diagnosis Related Group*). Para isso as entidades que já têm projetos em andamento trarão para conhecimento de todos a lista geral dos agrupamentos DRG que poderão ser de qualquer país/entidade: Unimed Porto Alegre e FenaSaúde.
- Definição de uma ou mais listas de agrupamento oriundo do DRG, sem precificação ou valoração, mas que contenha os principais diferenciadores de agrupamento como complicação, idade ou outros critérios.

➤ **Subgrupo de SADT** (31/01/2018 - 14:00hs às 17:00hs)

**Principais tópicos:**

- A ausência de informação sobre diagnóstico principal e secundários é uma questão que impacta na qualidade das informações enviadas pelas operadoras à ANS e nos estudos de utilização de serviços e gastos em saúde.
- Representantes de sociedades médicas manifestaram o anseio de que a tabela de remuneração da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM seja efetivamente implementada por todas as operadoras de planos de saúde, compreendendo que o *Fee-for-Service* pode ser a melhor alternativa de remuneração em algumas situações.
- Foi estabelecido consenso em torno da importância da redução de desperdícios no setor, evitando a realização de exames e procedimentos desnecessários, indicados ou realizados de modo desvinculado das evidências científicas.
- Foi consenso no grupo que a Atenção Especializada passaria a ser discutida no Subgrupo de Profissionais de Saúde. Isso porque foram identificadas afinidades mais relevantes entre a Atenção Especializada e os debates ocorridos no Subgrupo de Profissionais de Saúde do que propriamente com os SADT.
- Na dinâmica desempenhada com a participação dos Facilitadores do Subgrupo, foi discutido o problema da solicitação excessiva de exames e da correspondente redução, por parte das operadoras, dos valores unitários pagos por exame.

- As Entidades relacionadas aos exames laboratoriais, entre elas a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, e a Sociedade Brasileira de Patologia ficaram de desenvolver um primeiro estudo para elaboração de um projeto-piloto contemplando as duas “situações problemas” debatidas.
- **Subgrupo de Atenção Hospitalar (01/02/2018 - 09:00hs às 12:00hs)**

**Principais tópicos:**

- Pequena parcela de hospitais monitora indicadores de saúde.
- Há problemas conceituais e de entendimento perante os diversos modelos de remuneração.
- As ações comerciais das operadoras geram a impressão de acesso irrestrito e altamente especializado e tecnológico da assistência à saúde.
- Consenso em torno da relevância de aspectos como qualidade, segurança (segurança do paciente e segurança na relação operadora/prestador) e desfechos clínicos no desenho dos Pilotos da Fase 3.
- Consenso sobre definição de um *Timeline* (cronograma de implementação) dos diferentes modelos ou *mix* propostos, nos Pilotos da Fase 3.
- A ANS destacou que o Subgrupo deve refletir sobre qual a informação necessária para se trabalhar os modelos de gestão e remuneração e as eventuais fontes, como o TISS ou o prontuário do paciente, por exemplo.

A Unimed Porto Alegre compartilhou material sobre DRG com os integrantes dos Subgrupos. No quadro a seguir (Quadro 3) é apresentada a síntese das contribuições recebidas pela ANS em consequência dos temas debatidos nos Subgrupos do GT de Modelos de Remuneração.

**Quadro 3. Contribuições relativas aos temas debatidos nos Subgrupos do GT de Modelos de Remuneração**

ENTIDADE	CONTRIBUIÇÕES
Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica - SBNC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoia a necessidade de um alinhamento conceitual quanto às diferentes formas e modelos de remuneração.</li> <li>• Defende o uso do modelo Pagamento por procedimento – <i>Fee For Service</i> – assim como a revisão, atualização anual e uso obrigatório da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM.</li> <li>• Argumenta que as queixas do representante da FenaSaúde em relação aos prestadores (fraude, iatrogenia, necessidade crescente de controles, insumos com novas tecnologias, agregando mais custos), fazem parte do complexo de má gestão e alta demanda oriunda de seus credenciados. Utilizá-la como regra para balizar as condições da relação entre operadoras de saúde e prestadores não faz sentido.</li> <li>• Defende a aproximação e o apoio dos líderes das operadoras de saúde com os representantes das especialidades (Sociedades de especialidade) para oferecer informações e criar mecanismos do bom uso</li> </ul>

	<p>dos recursos. O alto custo de insumos e tecnologias que agregam custos serão anualmente revistos em cada edição da CBHPM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embora não esteja de acordo com indicadores globais em diversas especialidades, deixa sugestões sobre indicadores a serem aferidos nas clínicas e disponibilizados em seus sites: Prazo de agendamento das clínicas de acordo com regulamentação da ANS (atualmente 21 dias); Índice de repetição do mesmo exame em 30 dias sem justificativa técnica; Disponibilidade do médico neurofisiologista em prestar esclarecimentos ao médico assistente, relativo a exame realizado; Índice de reclamações pertinentes da clínica junto às operadoras.</li> <li>• Sugere ainda que as operadoras também demonstrem seus indicadores em seus sites: Tempo de espera para autorização de exames ou procedimentos, Índice de reclamação dos usuários, Índice de glosas lineares junto aos prestadores, Índice de glosas indevidas junto aos prestadores e Percentual de profissionais remunerados de acordo com CBHPM vigente.</li> <li>• Em relação ao método DRG (<i>Diagnosis Related Group</i>) a SBNC não apresentou contribuições, por entender que é um método de remuneração mais direcionado a pacientes clínicos e cirúrgicos. A SBNC aborda em grande maioria os métodos diagnósticos eletrofisiológicos não agrupáveis, pois os pacientes são encaminhados para diagnóstico.</li> <li>• Reforça o apoio à lei nº 13.003, de 2014, que exige, entre outros itens, reajuste anual de honorários médicos. Porém, coloca como ressalva que o IPCA não é o melhor índice de reajustes, visto que sua composição contempla apenas 11% de peso da área da saúde, medida em medicamentos e custos dos convênios médicos.</li> <li>• Enfatiza que grande parte dos endoscopistas recebem Tabela AMB 95 ou CBHPM 2005 -20%, e que esses procedimentos, quando realizados adequadamente, geram economia para o sistema de saúde global com redução do tempo de hospitalização, hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, hemotransfusão, necessidade de cirurgia e demais variáveis de custos hospitalares.</li> </ul>
<p>Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva - SOBED</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade de operacionalização/realização de todos os procedimentos complexos da especialidade com uma clara contenção de vagas oferecidas pela rede hospitalar (talvez pelo baixo custo das taxas de sala e Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME de custo menor, quando comparado as demais especialidades cirúrgicas), assim como as negativas de autorização pelas operadoras</li> <li>• Os processos redundantes na autorização/avaliação não são só para a troca de sonda de gastrostomia, mas todos os demais procedimentos intervencionistas na Endoscopia Digestiva.</li> <li>• Existem diversas tabelas aplicadas pelas operadoras sem correlação com a CBHPM ou utilização de versão desatualizada da CBHPM.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há uma baixa remuneração tanto para exames diagnósticos como para terapêutica intervencionista complexos que geram economia para o sistema global.</li> <li>• Operadoras praticam glosas retilíneas frequentes, com dificuldade para o prestador reverter essas glosas.</li> <li>• Falta de incorporação de procedimentos complexos que podem reduzir custos hospitalares globais.</li> <li>• Tempo postergado para as autorizações e limitações impostas pelas operadoras.</li> <li>• A Saúde Suplementar não é paga pelos nossos impostos e sim pagas com os proventos próprio dos usuários, adicionais a elevada carga tributária e em sua grande maioria, compromete grande parte da renda familiar. Para comparação entre Sistemas de Saúde Pública teríamos que compará-los com o SUS e não com Canadá e Reino Unido.</li> <li>• A Saúde Suplementar é vendida pelas operadoras para os usuários como uma forma deles obterem “o melhor da medicina, quando necessário”. É um produto comercial que visa o lucro e não um benefício pago pelos impostos.</li> <li>• Protocolos baseados em evidências são aqueles indicados para cada caso de acordo com a melhor evidencia científica do momento e não baseado apenas em restrição de acesso em protocolos definidos pelas operadoras e cooperativas.</li> <li>• Nem sempre os modelos aplicados no Reino Unido, Canadá ou EUA são reproduzíveis no Brasil. A começar pela desigualdade brasileira e tamanho continental do país, pela remuneração médica nos sistemas supracitados que incluem salários adequados e seguros. Os protocolos de controle desses sistemas visam uma melhor aplicação dos recursos públicos e não dos recursos particulares dos cidadãos.</li> <li>• A SOBED está aberta para discutir e contribuir para o aprimoramento de todos os modelos propostos, desde que esses modelos sejam adequados para a especialidade, incluam indicadores sugeridos pela Sociedade e garantam honorário justos para os atos médicos.</li> </ul>
<p>Associação Médica Brasileira - AMB</p>	<p>A AMB enviou duas mensagens eletrônicas com registros das reuniões realizadas nos Subgrupos de Profissionais de Saúde e de SADT.</p> <p>Na manifestação relativa ao Subgrupos de Profissionais de Saúde, a AMB fez uma síntese da reunião, contemplando manifestações de Sociedades Médicas, no sentido de que as situações apontadas como fraude ou iatrogenia não correspondem a maioria da atuação médica e de que a realidade atual mostra a baixa remuneração, ainda que haja qualificação e boas práticas do profissional. A AMB entende que a baixa remuneração de profissionais e a falta de governança têm levado à insustentabilidade do sistema.</p> <p>No tocante à reunião do Subgrupo sobre SADT, os problemas registrados pela AMB relativos à exames laboratoriais foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo valor de remuneração com base muitas vezes nas extintas tabelas AMB 1990/1992;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de se fazer exames em grande volume para ter um mínimo de ganho em escala;</li> <li>• Setor que exige necessidade de incorporação de tecnologia;</li> <li>• Uso de “parametrização” da operadora que dificulta ou impede realização de exames por “exceder” quantidade prevista, “sexo” e/ou “idade” não permitidos;</li> <li>• Percentual de exames não retirados é menor do que 5%, quebrando o paradigma do alto índice de exames desnecessários ou de desperdício;</li> <li>• Não ingerência sobre o pedido médico;</li> <li>• Glosa e recurso de glosa, processos onerosos e com pouco resultado;</li> <li>• Obrigação do uso e envio guia TISS em papel;</li> <li>• Poucos serviços com certificação/acreditação;</li> <li>• Credibilidade;</li> <li>• Sinistralidade.</li> </ul> <p>Como possíveis soluções aos problemas dos exames laboratoriais, a AMB mencionou:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta ou orientação técnica profissional junto aos solicitantes de exames;</li> <li>• Introdução e adoção de protocolos;</li> <li>• Indicadores de qualidade;</li> <li>• Prontuário com acesso ao paciente.</li> </ul> <p>No que se refere à Patologia Clínica, a AMB referiu como problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo valor de remuneração;</li> <li>• Glosas;</li> <li>• Não entendimento das regras de aplicação códigos CBHPM;</li> <li>• Necessidade de desdobramento de procedimentos como imunoistoquímica, que muitas vezes são glosados/não autorizados;</li> <li>• Problemas de atendimento para os exames de congelação, procedimentos intra-operatórios por problemas de logística e de baixa remuneração.</li> </ul> <p>As Entidades relacionadas aos exames laboratoriais, entre elas a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, e a Sociedade Brasileira de Patologia fariam um primeiro estudo para elaboração de um projeto piloto contemplando as duas “situações problemas” apresentadas.</p>
Unimed Federação RJ	<p>Em sua manifestação, a Unimed Federação RJ aponta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Já esgotamos a discussão de que uma nova postura é fundamental para conseguirmos seguir adiante democraticamente. Se não deixarmos os ranços e desconfianças e mantivermos nossas informações em segredo, vamos dar margem para que, um dia, alguém em outro escalão resolva por nós”.</li> <li>• “Já concordamos que o foco deste grupo [GT de Modelos de Remuneração] é remunerar adequadamente todos os envolvidos na prestação de saúde, desde que garantida a qualidade do atendimento prestado”.</li> <li>• “Já concordamos também que os diversos modelos de remuneração já foram implantados e que, devido a isso, talvez não devêssemos implantar pilotos, mas sim estudar os resultados dos modelos em andamento”.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Na verdade, quando solicitados critérios de elegibilidade para implantar pilotos, vemos que deveríamos é estudar critérios para estudar os resultados dos modelos em atividade”.</li> <li>• “Enquanto nos baseamos em colocações de quem senta lado a lado neste estudo, mas estão sempre se tratando como opostos em outros encontros, não iremos a lugar algum”.</li> <li>• “Enquanto cerimoniosamente nos tratamos enquanto <i>players</i> deste grupo, mas depois colocamos barreiras em todos os passos efetivos, ficaremos em marcha estática”.</li> </ul>
<p>Federação Brasileira de Hospitais - FBH</p>	<p>A FBH declarou em sua contribuição que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “A ANS, em seu papel de Agência Reguladora, apresentou ao mercado vários Modelos de Remuneração, tais como <i>Fee For Service</i>, <i>Capitation</i>, <i>Bundle</i>, Pagamento por Performance, DRG (mecanismo de gestão) que vieram a se juntar a outros que já estavam sendo praticados, caso dos procedimentos gerenciados (pacotes) e da chamada Diária Global”.</li> <li>• “No nosso modo de entender cada operadora tem livre arbítrio de adotar o modelo que mais lhe convier e apresentá-lo ao prestador de serviços”.</li> <li>• “Inicia-se então, de acordo com o que determina a Lei 13003/14 uma negociação entre as partes e, exatamente nesse ponto é que todo o sistema se torna mais frágil, uma vez que negociação pressupõe equilíbrio entre as partes envolvidas (operadoras e prestadores), o que na realidade não ocorre deixando então de ser uma negociação para se tornar uma imposição”.</li> <li>• “Em pesquisa feita com os nossos filiados observamos que o <i>Fee For Service</i> ainda é o modelo de preferência podendo, entretanto, ser aperfeiçoado e receber o auxílio do DRG, mecanismo de gestão muito importante para se conseguir os resultados necessários”.</li> <li>• “Concluimos afirmando que apesar da capacidade de todos os envolvidos nas discussões sobre o assunto, dificilmente chegaremos a um consenso em razão da disparidade entre as forças envolvidas nas negociações e na imensa desigualdade em nosso vasto país entre as suas diversas regiões”.</li> </ul>
<p>Confederação Nacional de Saúde - CNS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os modelos de remuneração são, na verdade, produtos do resultado da gestão assistencial, que deve ser centrada no usuário, nos resultados (desfechos clínicos e resultados comerciais), na segurança e na qualidade.</li> <li>• Existem indicadores de qualidade, de desfecho e de segurança, mas são monitorados por uma pequena parcela de hospitais, não possuem uma metodologia única (fichas técnicas), e a grande maioria dos hospitais sequer possuem dados para serem compilados em informação.</li> <li>• Há problemas conceituais e de entendimento perante os diversos modelos, o que acarretará decisões nem sempre acertadas na relação operadora/prestador,</li> <li>• Necessidade de elegibilidade de quem (operadora), para quem (prestador) e como seriam aplicados novos modelos de remuneração, a fim de que estes modelos sejam implantados com maturidade, segurança</li> </ul>

	<p>comercial e parceria entre quem paga e quem presta o serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os modelos de remuneração objetivam na verdade, reduzir custos e aumentar lucro ou resultados, e isso possibilita uma definição de preço mais ajustado e coerente, mas não é possível definir qual é o modelo, entre os que já existem no mercado, sem que antes, revisitemos conceitos, indicadores, e o que se pretende entregar.</li> <li>• As operadoras compram serviços de saúde, mas os vendem também para o usuário, e esse mecanismo de venda de saúde para os usuários, também é distorcido, gerando a falsa impressão de acesso irrestrito, alta tecnologia e livre escolha. Na venda do produto ao usuário, as operadoras, fazem uso de uma estratégia de poder do usuário.</li> </ul>
--	--

#### 2.2.4 9ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu no dia 15/03/2018, no Rio de Janeiro/RJ, a 9ª reunião ordinária do GT de Modelos de Remuneração, com transmissão ao vivo via *Periscope*<sup>6</sup>. Na abertura do evento, o Diretor-Adjunto de Desenvolvimento Setorial da ANS, Daniel Pereira, falou sobre o objetivo da Agência no âmbito do GT. Segundo ele, “cabe à ANS conduzir o setor rumo às melhores práticas, de forma a caminharmos juntos, visando à melhoria constante da prestação do serviço e sustentabilidade do setor. Cabe à regulação da saúde suplementar trabalhar na melhor alocação dos recursos da cadeia produtiva do nosso setor”. Ele ressaltou que “a ANS não irá impor um modelo de remuneração”.

A Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da DIDES/ANS, Ana Paula Cavalcante, atualizou os participantes sobre o andamento das discussões, explicando que a ANS irá elaborar “documento, com toda a descrição teórica dos modelos de remuneração, para que no segundo semestre possamos acompanhar algumas experiências de forma voluntária que fossem de livre negociação entre operadora e conjunto de prestadores”. Segundo ela, “a ideia é tirar as dúvidas em relação ao que foi feito nos subgrupos e dar encaminhamentos futuros à discussão”.

O gerente executivo do DRG Brasil, Breno Roberto, foi convidado a fazer uma apresentação do uso da ferramenta sobre modelo remuneratório. Ele solicitou que os presentes baixassem o aplicativo para conhecer a metodologia e fazer uso da ferramenta. A proposta do DRG é aumentar a qualidade e a segurança assistencial, controlando o desperdício, ou seja, reduzindo internações potencialmente evitáveis e readmissões hospitalares, além de aumentar a produtividade do custo fixo e variável hospitalar. Depois da apresentação, Ana Paula Cavalcante reforçou que essa é uma das ferramentas de gestão clínica, mas que operadoras e prestadores podem optar por outra forma de gestão que não seja o DRG.

Na sequência, a então Coordenadora de Estrutura de Dados e Terminologias da DIDES/ANS, Celina Oliveira, fez uma apresentação sobre o Padrão TISS, mostrando objetivos, desafios e diretrizes do padrão. Celina Oliveira falou sobre as finalidades do

<sup>6</sup> <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4379-grupo-de-trabalho-discute-modelos-de-remuneracao-na-saude-suplementar?highlight=WyJyZW11bmVyYVx1MDBIN1x1MDBIM28iXQ==>

TISS relativas ao controle administrativo, oferta de subsídios à regulação e a obtenção de informações para compor o Registro Eletrônico de Saúde (RES). Ela esclareceu que “o padrão vai operacionalizar contratos, cobranças, autorizações e procedimentos entre prestadores, operadoras e ANS. Na revisão da RN 305 foi feita a retirada de algumas informações que eram trocadas entre operadoras e prestadores porque depois de um tempo de uso entenderam que aquelas variáveis são internas. A troca especificamente da operadora para a ANS e a troca entre prestador e operadora também depende da forma de remuneração. Ela tem que possibilitar que se faça a cobrança”.

O Gerente de Assessoramento Jurídico e Contratualização com Prestadores da DIDES/ANS, Gustavo Macieira, falou sobre os mecanismos alternativos de resolução de conflitos entre operadoras e prestadores de serviço de atenção à saúde, no sentido de colher propostas, especialmente, sobre o que os prestadores e operadoras entendem ser mais necessário/adequado para possível implementação de mediação. Segundo Macieira, “estamos buscando que o prestador e operadora resolvam seus problemas, através do reforço do diálogo, de forma que o beneficiário não seja prejudicado por uma relação conflituosa que ao nosso ver tem solução”.

Após, os representantes dos Subgrupos compartilharam com os participantes o que já foi discutido em cada reunião. Renato Lima de Moraes Jr., da Sociedade Brasileira de Patologia, falou sobre Atenção Especializada (SADT); Márcia Rangel de Abreu, da Confederação Nacional de Saúde (CNS), falou sobre a atenção hospitalar; e Miyuki Goto, da Associação Médica Brasileira, trouxe o relato das discussões do Subgrupo profissionais de saúde.

No encerramento, Ana Paula Cavalcante informou sobre a elaboração de um documento técnico com as descrições dos diversos modelos de remuneração existentes e diretrizes para implantação nos seus diferentes contextos, a ser disponibilizado pela ANS para contribuições. Foi lembrado pela ANS, ainda, que o calendário das reuniões dos Subgrupos foi suspenso, mas que os Subgrupos têm autonomia para funcionar sem a supervisão da ANS.

## 2.2.5 10ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

No dia 26/04/2018 a ANS realizou a “Agenda para o Desenvolvimento Setorial: eixo de estímulo e indução à qualidade”, evento voltado à indução de boas práticas no setor de saúde suplementar<sup>7</sup>. O evento reuniu cerca de 150 pessoas, entre representantes de entidades do setor, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços, imprensa e órgãos de defesa do consumidor.

O objetivo do evento foi apresentar as propostas da ANS que buscam a melhoria da qualidade na saúde suplementar, tais como Atenção Primária à Saúde, acreditação de operadoras e o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Foi apresentada, ainda, proposta do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) de parceria com a ANS para o estímulo à melhoria da qualidade setorial.

O evento foi concluído com a realização da 10ª reunião do GT de Modelos de Remuneração. O Diretor-Adjunto de Desenvolvimento Setorial da ANS, Daniel Pereira, apresentou os principais encaminhamentos do GT e informou aos presentes que as

---

<sup>7</sup><http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4425-agenda-da-ans-debate-programas-de-inducao-a-qualidade?highlight=WyJyZW11bmVYVx1MDBIN1x1MDBIM28iXQ==>



discussões sobre remuneração passariam a acontecer de forma fixa no Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), grupos permanentes de trabalho.

Conforme expresso pelo Diretor-Adjunto da DIDES, “a discussão dos modelos de remuneração é uma iniciativa inovadora da ANS. É importante agora consolidarmos esse trabalho e darmos um novo passo, avançarmos no debate. Nesse sentido, a ANS vai formalizar a reformulação do COTAQ, para abarcar as propostas e fundamentar uma nova frente de trabalho”. O COTAQ é uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.

### 2.2.6 11ª Reunião do GT de Modelos de Remuneração

A ANS promoveu no dia 10/08/2018, no Rio de Janeiro/RJ, a 11ª reunião do Grupo de Trabalho, com transmissão ao vivo via *Periscope*<sup>8</sup>. A referida reunião ocorreu já no âmbito do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ, conforme definido na reunião anterior. Na referida reunião foram efetuadas 4 apresentações por representantes da ANS.

A Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da DIDES/ANS, Ana Paula Cavalcante, explanou sobre os Projetos-Piloto em modelos de remuneração do cuidado em saúde, a serem desenvolvidos durante a Fase 3 do GT de Modelos de Remuneração. Após uma introdução abordando aspectos conceituais e contextuais, a Gerente mencionou as características desejáveis dos modelos de remuneração do cuidado em saúde a serem testados na Fase 3 do GT de Modelos de Remuneração. Foram abordados na apresentação, ainda, fatores como os critérios para adesão aos Projetos-Piloto, as competências e responsabilidades da ANS e operadoras, bem como estratégias de monitoramento dos Pilotos. Concluindo sua apresentação, Ana Paula Cavalcante fez uma síntese de informações relevantes para elaboração de projetos de Modelos de Remuneração.

Gustavo Macieira, Gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores da DIDES/ANS, fez considerações a respeito do pagamento por pacotes e da contratualização entre operadoras e prestadores. Macieira explicou que a ANS não veda ou impõe a adoção de pacotes, sendo possível às operadoras e prestadores negociarem desta forma. Na hipótese de ser estabelecido pagamento por pacote, a operadora é obrigada a descrever os serviços contratados pela operadora de acordo com a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS vigente. A não inclusão de procedimento em pacote não pode servir de subterfúgio para deixar de garantir cobertura obrigatório ao beneficiário. Na sua conclusão, informou que está em andamento na Diretoria de Desenvolvimento Setorial estudo para implementação de metodologia para solução de conflitos através de meios alternativos e que um Grupo de Trabalho será formado, com participação de operadoras e prestadores de serviço, para discutir melhorias na Resolução Normativa – RN nº 363, de 2014.

A Gerente de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação da DIDES/ANS, Celina Oliveira, falou sobre o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS. A Gerente explicou que as principais finalidades do TISS são padronizar as

---

<sup>8</sup>[https://www.periscope.tv/ANS\\_reguladora/1OwGWWPymdQGQ](https://www.periscope.tv/ANS_reguladora/1OwGWWPymdQGQ)

ações administrativas, fornecer subsídios à avaliação e ao acompanhamento das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde. Quanto aos desafios do Padrão TISS, foi feita menção às questões de sigilo e privacidade, bem como ao uso e disseminação dos dados. Na sequência, Celina Oliveira falou sobre como as formas de remuneração são registradas no âmbito do Padrão TISS. Por fim, explanou sobre o Comitê de Padronização das Informações da Saúde Suplementar – COPISS, no contexto da governança da informação no Padrão TISS.

Rosana Neves, Coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualificação e Acreditação de Operadoras da DIDES/ANS, falou sobre o Programa de Qualificação de Operadoras / Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS. Ela explicou foram realizadas atualizações nas fichas técnicas dos indicadores do IDSS ano-base 2017, na perspectiva de conferir maior clareza, transparência e um melhor entendimento dos indicadores. Para o IDSS ano-base 2018, serão mantidos os indicadores do ano-base 2017, com ajustes pontuais em alguns indicadores. Foi debatida proposição de um bônus para incentivo à comercialização de planos individuais, além de um indicador de reajuste de planos coletivos que, a princípio, não incidirá sobre a pontuação do IDSS. Finalizando a sua apresentação, Rosana Neves explicou que os próximos passos relativos ao IDSS são a recepção de sugestões e críticas do setor para os indicadores propostos para o IDSS ano-base 2018 e a respectiva submissão para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS.

No período da tarde, foi formada uma mesa com a participação dos seguintes representantes da ANS: Rosana Neves, Gustavo Macieira e Renata Gasparello, abordando aspectos relacionados ao Programa de Qualificação de Operadoras / Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O relacionamento entre operadoras e prestadores é, frequentemente, permeado por conflitos e oposições, especialmente quando se trata de valores financeiros e da forma de remuneração. As atividades desenvolvidas no GT de Modelos de Remuneração proporcionaram avanços significativos no sentido de um contexto propício para o debate e o diálogo, buscando caminhos que possam convergir para a colaboração no setor suplementar de saúde. Além do espaço para vocalização de anseios e propostas, as atividades do GT possibilitaram que alguns dos representantes de operadoras e prestadores pudessem se “desarmar”, percebendo que há espaço para o estabelecimento de cooperação e de consensos que proporcionem o alcance de objetivos mútuos.

No âmbito dos debates ocorridos no GT de Modelos de Remuneração ficou patente que o modelo de remuneração voltado exclusivamente ao pagamento por procedimento tem sido insuficiente para responder às demandas atuais do setor, gerando insatisfações em operadoras e prestadores de serviços de saúde. Desse modo, ficou evidente a relevância do debate sobre o redesenho do modelo assistencial e dos modelos alternativos de remuneração de prestadores de serviços. Tal constatação converge com entendimento de autores relacionados ao tema, como Boachie et al. (2014) e Miller (2015).

Não se trata, entretanto, de buscar a extinção do *fee-for-service*, mas de propor modelos alternativos e complementares que, em determinados contextos, possam contribuir para a qualidade e eficiência do setor. Há diferentes contextos para os quais determinados modelos de remuneração podem ser os mais adequados, inclusive o *fee-for-service*. Nesse sentido, nota-se uma tendência de se buscar a adequação do modelo de pagamento de acordo com o tipo de atenção prestada e a implementação de modelos de remuneração por tipo de situação clínica. Outra tendência observada nos diferentes modelos remuneratórios tem sido a atribuição aos prestadores de serviços de saúde, em alguma medida, do risco financeiro associado à prestação da assistência à saúde.

No que se refere às características desejáveis dos modelos de remuneração do cuidado em saúde, vale destacar (UGÁ, 2012; BOACHIE et al, 2014; BICHUETTI & MERE JR., 2016; MILLER, 2017; ANS, 2018):

- Evitar o desperdício de recursos;
- Melhorar a qualidade e a acessibilidade;
- Permitir a escolha do prestador pelo paciente;
- Realizar gestão dos sistemas de saúde a partir de redes assistenciais integradas;
- Estabelecer e monitorar indicadores de qualidade de atenção à saúde;
- Contar com sistemas de informação para o acompanhamento de indicadores de qualidade;
- Prever regras claras entre prestadores e operadoras de planos de saúde por meio de contratualização - ambas as partes devem concordar com os mecanismos de remuneração utilizados, dos serviços a serem prestados e com os valores a serem pagos;
- O modelo de remuneração pactuado deve ser um jogo de “ganha-ganha” para todos os participantes, de modo a proteger os pacientes;
- O modelo deve ser, preferencialmente, de fácil implementação.

A competição baseada em valor, e não em volume, deveria ser considerada como alternativa e deveria ser guiada por alguns princípios, tais como (PORTER & TEISBERG, 2007; ANS, 2018):

- O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos;
- A competição tem que ser baseada em resultados;
- A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento;
- As informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas; e
- As inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

Diante do exposto, o aprendizado proporcionado por experiências no âmbito nacional e internacional torna-se extremamente útil para a proposição de modelos de remuneração alternativos no setor suplementar de saúde brasileiro. Assim, o GT de Modelos de Remuneração adotou como um de seus eixos principais o fomento à troca de experiências e a sistematização e divulgação de experiências em curso no país e no mundo.

Outro aspecto notadamente presente nas manifestações de participantes do GT foi o anseio de que experiências concretas busquem experimentar cada vez mais, na prática,

componentes indutores da eficiência e qualidade, mediante adoção de inovações nos modelos de remuneração. Contudo, nota-se frequentemente o receio por parte de prestadores de que um novo modelo de remuneração possa diminuir seus ganhos financeiros, bem como o receio, por parte de representantes de operadoras, de que o modelo de remuneração alternativo acabe por majorar suas despesas assistenciais.

Desse modo, a ANS, enquanto entidade reguladora, compromete-se a aprofundar o caminho que vem trilhando na condução do GT de Modelos de Remuneração, especialmente no que se refere à sistematização de orientações para a implementação de modelos de remuneração inovadores, bem como atuar no apoio ao desenvolvimento de projetos-piloto. Nesse sentido, o Resumo-Executivo de Modelos de Remuneração de Serviços de Saúde e Diretrizes de Implementação de Boas Práticas de Remuneração na Saúde Suplementar, cujo conteúdo será disponibilizado para contribuições do setor suplementar de saúde, será uma das maneiras de instrumentalizar operadoras e prestadores interessados em estabelecer experiências concretas de adoção de modelos de remuneração baseados em valor.

No que se refere aos projetos-piloto, após a ampla discussão sobre modelos de remuneração ocorridas no GT de Modelos de Remuneração, a ANS irá conduzir a Fase 3 do GT, na qual serão acompanhadas experiências que atendam aos critérios estabelecidos. Nesse sentido, os principais objetivos da Fase 3 do GT de Modelos de Remuneração são:

- Contribuir com iniciativas voltadas a superar os desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service*;
- Apoiar estratégias para viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar;
- Utilizando a estratégia de melhoria da qualidade, a Fase 3 terá início com um número pequeno de experiências, a partir das quais o Projeto poderá ser posteriormente ampliado.

As Operadoras e Prestadores interessados em participar da Fase 3 do GT de Modelos de Remuneração poderão manifestar, de maneira voluntária, o interesse em participar do Projeto como Piloto, considerando as Diretrizes propostas no documento com o Resumo-Executivo Modelos de Remuneração de Serviços de Saúde e Diretrizes de Implementação de Boas Práticas de Remuneração na Saúde Suplementar. Ademais, a ANS irá acompanhar as experiências e oferecer suporte técnico por meio de sua equipe e especialistas convidados, priorizando iniciativas vinculadas aos Projetos de Melhoria da Qualidade da ANS, tais como o Programa APS e os Projetos Parto Adequado e OncoRede.

Ainda na Fase 2 do GT de Modelos de Remuneração serão debatidos, em conjunto com os integrantes do grupo, o detalhamento de critérios e parâmetros para a consecução da Fase 3 do GT, os quais serão amplamente divulgados pela ANS.

Desse modo, a ANS pretende apoiar a adoção de modelos de remuneração baseados em valor e contribuir para ganhos sucessivos de confiança, que permitam relacionamentos com maior grau de cooperação entre operadoras e prestadores, favorecendo a sustentabilidade do setor e a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada aos beneficiários.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Modelos de Remuneração: Um Panorama, GT de Modelos de Remuneração, 2015. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2016\\_gt\\_remuneracao/apresentacao\\_preliminar\\_modelos\\_de\\_remuneracao\\_prestadores\\_saude\\_panorama.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/apresentacao_preliminar_modelos_de_remuneracao_prestadores_saude_panorama.pdf)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Projetos Piloto em Modelos de Remuneração do Cuidado em Saúde - Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, 2018. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comite\\_de\\_qualidade\\_setorial/cotaq\\_reuniao8\\_apresentacaoanapcavalcante.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/cotaq_reuniao8_apresentacaoanapcavalcante.pdf)

BICHUETTI & MERE JR. Modelos de remuneração na saúde, 2016. Disponível em: <https://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>

BOACHIE, M. K. et al. Healthcare Provider -Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport, Vol. 2, No. 2, 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965)

MILLER, H. D. The Building Blocks of Successful Payment Reform: Designing Payment Systems that Support Higher-Value Health Care. NRHI Payment Reform Series No. 3. Network for Regional Healthcare Improvement, Center for Healthcare Quality and Payment Reform, and Robert Wood Johnson Foundation, 2015. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/BuildingBlocksofSuccessfulPaymentReform.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010 - Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. Health Care Quality and Value, 2018. Disponível em: <https://www.rwjf.org/en/our-focus-areas/topics/health-care-quality-and-value.html>

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>

MILLER, H D. Why Value-Based Payment isn't working, and How to fix it. Center for Healthcare and Payment Reform (w.w.w.CHQPR.org). Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/WhyVBPIsNotWorking.pdf>