

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

IARA MULLER BERNZ

**OS CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE NOVOS MODELOS DE
REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR
BRASILEIRA: UMA PERCEPÇÃO DOS GESTORES DAS OPERADORAS DE
SAÚDE**

SÃO PAULO

2022

IARA MULLER BERNZ

**OS CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE NOVOS MODELOS DE
REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR
BRASILEIRA: UMA PERCEPÇÃO DOS GESTORES DAS OPERADORAS DE
SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à
Escola de Administração de
Empresas de São Paulo da
Fundação Getúlio Vargas, como
requisito para a obtenção do título
de Mestre em Gestão para a
Competitividade.

Área de concentração: Gestão
em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Alberto
José Niituma Ogata

SÃO PAULO

2022

Bernz, Iara Muller.

Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração baseado em valor da saúde suplementar brasileira : uma percepção dos gestores das operadoras de saúde / Iara Muller Bernz. - 2022.

90 f.

Orientador: Alberto Jose Niituma Ogata.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Operadoras de planos de saúde. 4. Assistência médica - custos. I. Ogata, Alberto Jose Niituma. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2

IARA MULLER BERNZ

**OS CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE NOVOS MODELOS DE
REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR
BRASILEIRA: UMA PERCEPÇÃO DOS GESTORES DAS OPERADORAS DE
SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à
Escola de Administração de
Empresas de São Paulo da Fundação
Getúlio Vargas como requisito para
a obtenção do título de Mestre em
Gestão para a Competitividade.

Área de concentração: Gestão em Saúde

Aprovada em: _/ _/ _

Banca examinadora

Prof. Dr. Alberto José N. Ogata (orientador)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Fernando Lopes Alberto
FGV-EASEP

Dra. Martha Regina Oliveira

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me ensinarem mais do que o valor do estudo. Ensinaram-me a ter prazer em sempre aprender mais e buscar o melhor.

Ao meu esposo, ao meu filho e minha enteada pela incrível paciência nos fins de semanas e feriados. Gratidão por serem tão compreensivos e companheiros.

Duplamente ao meu esposo, pela parceria, ensinamentos e inúmeras leituras dessa pesquisa, sempre incentivando meu crescimento.

Ao meu orientador Prof. Alberto José Niituma Ogata. Foi uma honra construir essa pesquisa com o senhor.

Aos meus colegas de mestrado, principalmente à Ana, Mariana, Renato e Romy. Que sorte a minha contar com vocês.

À Flávia Francisquini, por todo apoio, conversas e suporte na construção da pesquisa.

À Katia Audi, da Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo apoio do projeto e pelas ricas discussões.

À professora Ana Maria Malik, sempre incentivando a enxergar além.

Aos meus colegas de trabalho, parceiros na busca pelo valor em saúde.

A todos os gestores, pelo compartilhamento de experiências que permitiram a construção dessa pesquisa.

As coisas não acontecem por acaso, mas por
necessidade (Spinoza).

RESUMO

A gestão do sistema de saúde é uma atividade complexa que envolve muitos atores. Nesse contexto, percebe-se intensos debates vinculados à qualidade assistencial e ao aumento crescente dos custos, que podem colocar em risco a sustentabilidade do sistema. Uma alternativa discutida no âmbito da saúde suplementar brasileira, são os modelos de remuneração baseados em valor, cujo foco é resultado em saúde para o paciente atrelados à gestão eficiente dos recursos financeiros. Sob essa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo central analisar a percepção de uma amostra de gestores das Operadoras de Saúde participantes do projeto “Modelo de Remuneração Baseado em Valor”, proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, acerca da transição do *fee for service* para modelos de pagamento baseado em valor (totalizando 13 projetos e 12 operadoras). Para atingir o objetivo foi realizada uma pesquisa qualitativa com uma amostra de 8 gestores participantes do projeto. As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin. Os resultados demonstram que o processo de transição do *fee for service* para modelos baseado em valor é permeado por barreiras e dificuldades, principalmente no que tange a negociação com a rede prestadora e aos sistemas de informação. Apesar do tema não ser novo, a aplicação prática dos conceitos de pagamento por valor ainda é heterogênea, sendo necessário mais pesquisas relacionadas aos resultados práticos a médio e longo prazo dos modelos, além de pesquisas que envolvam gestores hospitalares e pacientes.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Gestão em saúde. Gestão da Qualidade em Saúde. Controle de Gastos em Saúde.

ABSTRACT

Health system management is a complex activity that involves many players. In this context, there are intense debates about the quality of care and growing increase in cost, which can put sustainability of the system at risk. A discussed alternative is the value-based new payment models. From this perspective, the present research has as its main objective to analyze the perception of a sample of managers of private health plans participating in the project "Value-Based Remuneration Model", run by the Agência Nacional de Saúde Suplementar, about the transition of fee for service for value-based new payment models. (totaling 13 projects and 12 private health plan) To achieve the objective, a qualitative research with data collection was carried out through semi-structured interviews with a sample of 8 participating project managers. The interviews are analyzed through the content analysis, as proposed by Bardin. The results show that the process of transition of fee for service for value-based new payment models is permeated by barriers and difficulties, mainly related to negotiation with a network provider and information systems. The theme is not new, however, payment for value concepts is heterogenous yet. More research to demonstrate the practical aplicability in the medium and long term are needed. Furthermore, research involving hospitals managers and patients.

Keywords: Health supplement. Healthcare management. Management of Quality in Health. Control Expenses in Health.

LISTA DE SIGLAS

ANAPH Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
CMS Centers for Medicare and Medicaid Services
DRG Diagnosis-related group
FFS Fee for service
GT Grupo Técnico
ICHOM International Consortium for Health Outcomes Measurement
IDSS Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IHI Institute for Healthcare Improvement
IOM Institute of Medicine
ICHOM International Consortium for Health Outcomes Measurement
IOM Instituto de Medicina
LILACS Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NPS Net promoter score
PREM Patient-reporter experiences
PROM Patient-reported outcomes
QALY Quality-adjusted life-year
SciELO Scientific Electronic Library Online
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TISS Troca de Informação na Saúde Suplementar
TUSS Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
VBHC Value Based Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Projetos selecionados pela ANS.....	18
Quadro 2 - Exemplo de categorização inicial por tema.....	24
Quadro 3 - Os 5 domínios dos sistemas de saúde	40
Quadro 4 - Organização por temas e objetivos da análise.....	44
Quadro 5 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 1	46
Quadro 6 - Percepção quanto às motivações para a transição do modelo FFS para um modelo de pagamento baseado em valor.....	46
Quadro 7 - Motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS	49
Quadro 8 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 2	50
Quadro 9 - Percepção dos gestores quanto ao processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.....	51
Quadro 10 - Critério de categorização e origem dos elementos: tema 3	55
Quadro 11 - Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor	56
Quadro 12 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 4	58
Quadro 13 - Fatores facilitadores e limitantes.....	58
Quadro 14 - Critério de categorização e origem dos elementos: tema 5.....	60
Quadro 15 - Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor.....	61
Quadro 16 - Desvantagens e possíveis modulações para o FFS	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Delimitação do estudo.....	17
1.2	Objetivos.....	18
1.2.1	Objetivo Geral.....	19
1.2.2	Objetivos específicos.....	19
2	PERCURSO METODOLÓGICO	19
2.1	Tipo de pesquisa.....	19
2.2	Coleta dos dados.....	21
2.3	Organização e análise dos dados.....	21
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	31
3.1	Modelos de remuneração na Saúde Suplementar.....	31
3.1.1	Pagamento por procedimento (<i>fee-for-service</i>).....	32
3.1.2	Diária Global (<i>per diem</i>).....	33
3.1.3	Orçamentação global.....	34
3.1.4	Capitação (<i>Capitation</i>).....	34
3.1.5	Pagamento por pacote de serviço ou pagamento por episódio.....	35
3.1.6	Pagamento por desempenho (<i>Pay For Performance</i>).....	36
3.1.7	Grupo de Diagnósticos Relacionados (<i>Diagnosis Related Groupings</i>).....	37
3.1.8	Pagamentos em pacotes para melhoria do cuidado (<i>Bundle Payments</i>).....	38
3.1.9	Pagamentos por valor.....	39
3.2	Implicações das transições dos modelos de remuneração para o setor.....	42
3.3	Projetos que fomentam a transição dos modelos de remuneração na Saúde Suplementar Brasileira.....	43
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
4.1	Perfil dos entrevistados.....	45

4.2	Dados das entrevistas.....	45
4.2.1	Tema 1: Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração	46
4.2.2	Tema 2: Percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor	50
4.2.3	Tema 3: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor.....	55
4.2.4	Tema 4: Percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração.....	58
4.2.5	Tema 5: Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor	60
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas	82
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84
	ANEXO A – Parecer comitê de conformidade ética em pesquisas envolvendo seres humanos.....	87

1 INTRODUÇÃO

O atual sistema de saúde brasileiro é firmado pela Constituição Federal de 1988 que definiu a saúde como direito universal e responsabilidade do Estado. A Constituição Federal do Brasil (1988) estabelece o direito à saúde e permite a constituição de um Sistema Nacional de Saúde bem como impõe ao Estado o dever de conceder garantia à saúde, assegurando ao cidadão brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde (art.196) e refere que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo esta participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante diretrizes do Poder Público (art.199). O setor suplementar, atualmente cobre cerca de 48 milhões de beneficiários e possui aproximadamente 702 operadoras de saúde ativas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

A instituição responsável pela regulação do setor suplementar é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961 de 2000. A finalidade da ANS é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.” (BRASIL, 2000, p.1).

A ANS também é responsável pela regulação do aumento da cobertura assistencial obrigatória e o controle econômico-financeiro, o que torna necessário que, cada vez mais, os gestores conheçam e apliquem estratégias visando à eficiência do setor. Além disso, possui um papel preponderante na condução do setor suplementar de saúde rumo às boas práticas, visando à melhoria constante da qualidade da atenção à saúde e à sustentabilidade. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

Nesse contexto, Aljaberi (2020) define o termo sustentabilidade como adoção de estratégias a atividades empresariais que atendam à necessidade da empresa e dos seus *stakeholders*. Também é importante mencionar que a sustentabilidade não deve ser neutra, mas deve fornecer um efeito líquido positivo, ou seja, a sustentabilidade deve deixar o mundo em boas condições para a próxima geração. (RODRIGUEZ, 2019).

No setor de saúde, o processo de transição epidemiológica, o aumento da expectativa de vida e o surgimento de tecnologias em saúde com alto custo, colocam em xeque a sustentabilidade em diversos países. (BERENSTEIN; PIMENTEL; BRAGA, 2018; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Além de questões relacionadas à sustentabilidade, discute-se também o valor em saúde. Algumas discussões giram em torno do modelo de remuneração chamado pagamento por procedimento ou *Fee For*

Service (FFS) que teve como base o modelo de saúde americano centrado na iniciativa privada, com destaque nos seus custos exorbitantes, não refletindo necessariamente uma qualidade assistencial diferenciada. Esse modelo também é conhecido como “conta aberta”, onde a remuneração para o prestador de serviço ocorre pelo somatório de cada procedimento realizado e/ou de itens utilizados. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

O FFS é um modelo hegemônico de remuneração dos prestadores de serviço e muito utilizado no setor privado brasileiro. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Os principais pontos fortes desse modelo são:

1. O prestador é remunerado se o paciente receber, de fato, o serviço ou o procedimento – mesmo que haja questionamentos em relação à qualidade, o sistema oferece a certeza de que o pagamento ocorre apenas após o evento recebido;
2. Haverá pagamentos de valores maiores para os pacientes mais complexos, que demandam mais serviços;
3. O pagamento do prestador não depende de fatores que o prestador não pode controlar;
4. O prestador sabe quanto receberá antes de prestar o cuidado. (MILLER, 2017, p.3).

Ao incentivar o volume e a intensidade dos procedimentos ao invés do valor em saúde, o FFS pode ser apontado como uma das razões do descontrole dos gastos com a saúde. (MILLER, 2017; AYVACI *et al.*, 2021).

Porter e Teisberg (2006) são autores reconhecidos nas discussões centradas no modelo de valor em saúde e para esses autores, o grande problema está na ausência de uma competição de soma positiva, tendo como premissa uma transição entre FFS para o pagamento por valor. O valor em saúde é a relação entre os resultados que importam para o paciente (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados, evitando focar na simples redução de gastos. (PORTER; TEISBERG, 2006).

Tal modelo propõe eliminar os pagamentos por procedimento e substituí-lo por um pagamento baseado em valor. É importante ressaltar que, ao considerarmos resultados que importam aos pacientes, o valor deve ser mensurado para os usuários do sistema e não para os prestadores, sob risco de resultados desastrosos a longo prazo, não gerando o devido valor. (MENDES, 2019).

Mendes (2019) aponta que o principal problema dos sistemas de atenção à saúde é a disfunção teleológica expressa em um desvio de objetivos. Historicamente, há uma centralidade da prática médica nos interesses dos prestadores de serviço e nos fornecedores dos insumos, em detrimento da geração de valor para os usuários do sistema.

Na realidade brasileira percebe-se uma disputa entre modelos, com tendência aos modelos médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista, (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) com clara predominância do primeiro.

O melhor caminho para projetar e implementar um sistema de pagamento baseado em valor seria resolver os problemas vinculados ao FFS, preservando seus pontos fortes. Essa implementação exigiria um longo período, além de uma fase transitória, com todas as partes envolvidas no processo atuando de forma colaborativa para garantia de sucesso. (MAYES, 2011; MILLER, 2017)

Um dos projetos mais recentes lançados pela ANS une sustentabilidade e valor em saúde. Tal projeto está centrado em uma remodelação das formas de remunerações praticadas na saúde suplementar, provendo uma transição entre o pagamento tradicional FFS para um modelo baseado em valor.

Em outros países observam-se iniciativas similares como o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) nos Estados Unidos. (BOSKO; DUBOW; KOENIG, 2016), o Hospital Martini Klini, na Alemanha e o Hospital Karolinska na Suécia. (VAN DER NAT *et al.*, 2020).

No Brasil, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, possui experiência com a implementação do modelo de prestação de cuidados *Fee For Performance* que avalia a relação entre as ações dos médicos e o custo para atingi-las, com foco na qualificação dos procedimentos. (OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALEMÃO, 2019).

Por um lado, tais projetos são vistos como uma grande oportunidade para o setor da saúde, capazes de promover controle de custos e melhoria da assistência, mas por outro lado, debate-se se tais modelos estão focados exclusivamente numa redução de custos ou se são capazes de saírem de uma perspectiva teórica e de exceção e serem implementados em maiores escalas.

Bitton e *col* (2012) desenvolveram um estudo de caso que explorava a dinâmica de mudança na estrutura de remuneração em práticas de cuidados primários e encontraram vários fatores como agentes catalisadores (ou não) para o sucesso: tecnologia da informação em saúde, restauração de funções dentro da equipe e estresse vinculado à mudança. Os autores comentam que além de indicadores clínicos e econômicos, projetos-piloto devem ser incentivados como facilitadores de pequenas práticas para sucesso na mudança. O que é reforçado no estudo de Kash (2014) que destaca 5 fatores de sucesso para a implementação de iniciativas de mudança

do setor saúde: cultura e valores, processos de negócio, qualidade do serviço e satisfação do cliente e acesso à informação.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no processo do cuidado tenham conhecimento e treinamentos para construir a gestão baseada em valor. Um estudo realizado pela operadora de saúde norte-americana Kaiser Permanente entrevistou líderes acerca da habilidade dos médicos recém graduados que estavam sob sua gestão sobre suas práticas relacionadas à capacidade de entrega de um sistema altamente organizado de cuidado. A entrevista incluiu informações sobre coordenação do cuidado, continuidade do cuidado, familiaridade para uso de tecnologia da informação, liderança e habilidades de gestão. Trinta a cinquenta por cento responderam que seus médicos apresentavam deficiências significativas nas competências supracitadas, todas relacionadas à entrega de valor. (AGRWAL *et al.*, 2016)

Tal informação aponta que adotar um novo modelo de remuneração deve ir além do modelo em si, pois exige uma mudança de paradigma dos modelos assistenciais, de gestão e de conduta profissional.

Várias críticas têm sido feitas em relação aos novos modelos de pagamento baseado em valor implantados na prática. Miller (2017) acredita que um período de transição, até se atingir um modelo baseado em valor é necessário. Segundo o autor, a meta durante a transição é obter benefícios, mas também evitar que ocorra impactos negativos entre os *stakeholders*, prestadores, pagadores e pacientes e que todos busquem um alinhamento até uma transição completa. Outros desafios para a implementação de modelos de remuneração baseado em valor incluem: resistência dos prestadores de serviço, comprometimento da qualidade e segurança dos serviços prestados, ausência de sistemas de informação adequados, falta de capacitação profissional, acompanhamento e distorções de indicadores, necessidade de estruturação de um sistema de gestão de serviços, falta de informações sobre riscos populacionais e distribuição geográfica, inexistência de uma clara classificação dos hospitais e necessidade de criação ou adaptação e utilização de classificação baseada em diagnósticos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

Diante do exposto, apesar da aceitação dos conceitos gerais dos modelos de remuneração baseado em valor, há ainda uma necessidade de realizar uma avaliação crítica do significado da transição do FFS e a experiência de passar por essa mudança na prática. Nota-se que há uma carência da literatura em relação às mudanças de estruturas já estabelecidas (como questões relacionadas à remuneração), particularmente na área da saúde. (KASH *et al.*, 2014).

Baseado nessa perspectiva, a pesquisa tem como questão central: Qual a percepção dos gestores acerca do processo de transição do FFS para o pagamento por valor? Como esses modelos vêm sendo construídos na prática?

A presente pesquisa está organizada da seguinte forma: introdução, referencial teórico, percurso metodológico, apresentação dos dados coletados, análise e discussão dos resultados e considerações finais, incluindo as limitações e propostas para estudos futuros.

1.1 Delimitação do estudo

A amostragem da pesquisa baseou-se no interesse em estudar a vivência prática na transição entre os modelos de remuneração, sob a perspectiva das operadoras de saúde, sendo prestadores ou outros *stakeholders* envolvidos excluídos da amostra. Dessa forma, o objeto de estudo são os projetos-pilotos selecionados pela ANS e os gestores envolvidos.

Em 2019, a ANS lançou um edital para participação no projeto de modelos de Remuneração Baseado em Valor que passaram por uma análise com o objetivo de selecionar 10 projetos para serem acompanhados.

A aprovação para participação do projeto foi vinculada aos seguintes critérios:

1. Justificar a escolha do modelo de pagamento adequado ao contexto clínico escolhido (atenção primária em saúde, atenção hospitalar, etc).
2. Especificar o grupo de procedimentos ou situações clínicas abordadas no Projeto
3. Estimar o número e o percentual de beneficiários a serem contemplados no projeto em um período de um ano.
4. Descrever aspectos demográficos e epidemiológicos da população a ser abrangida pelo Projeto.
5. Especificar quais ferramentas e/ou recursos humanos serão utilizadas para assegurar centralidade no paciente e realizar a coordenação do cuidado.
6. Descrever quais protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidências, serão utilizados.
7. Descrever quais modulações para os possíveis vieses serão implementadas
8. Descrever e justificar a melhoria da qualidade para o sistema de saúde com a implementação do novo modelo.
9. Descrever e justificar a melhoria da qualidade do cuidado para o paciente a serem alcançadas com novo modelo.

10. Descrever como será realizado o monitoramento e a avaliação dos resultados em saúde, incluindo os indicadores a serem utilizados e sua periodicidade.

11. Demonstrar qual será a forma de divulgação do Projeto e de seus resultados para os beneficiários da Operadora e para a sociedade em geral.

Cada tópico supracitado estava vinculado a um número de pontos e para serem aprovados, o projeto deveria ter alcançado, no mínimo 8 pontos, sendo os itens 1, 6 e 10 obrigatórios.

O quadro 1 abaixo apresenta os projetos selecionados pela ANS.

Quadro 1 - Projetos selecionados pela ANS

	Projeto Selecionado	Operadora Responsável
1	Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)	Amil Assistência Médica Internacional
2	Remuneração Baseada em Valor na Atenção Primária à Saúde: Novas Perspectivas e Desafios para a CEMIG Saúde	Cemig Saúde
3	VITALLIS: Projeto Piloto de Modelo de Remuneração Baseado em Valor	Medisanitas Brasil Assistência Integral a Saúde S.A
4	Projeto de Remuneração Baseada em Valor NotreLife 50+	NotreDame Intermédica
5	Projeto Remuneração Baseada em Valor	Porto Seguro Saúde S.A
6	Projeto Remuneração Baseado em Valor: Case APS São Francisco	São Francisco Saúde
7	Projeto Modelo de Remuneração Baseado em Valor: Tratamento Hemodinâmico de Doença Coronária	SulAmérica Companhia de Seguro Saúde
8	Modelo de Remuneração Baseado em Valor: Centro de Reabilitação Ambulatorial ao Paciente com Acidente Vascular Encefálico	UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
9	Projeto para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	UNIMED Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico
10	Projeto para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	UNIMED Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico
11	Projeto Atenção Integral à Saúde - Centralidade no Cuidado com Equipe Multiprofissional - Remuneração Baseada em Valor	UNIMED Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico
12	Projeto Oncologia	UNIMED Seguros Saúde S.A
13	Projeto Parto	UNIMED Seguros Saúde S.A

Fonte: (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019b)

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de uma amostra de gestores das Operadoras de Saúde participantes do projeto: “Modelo de Remuneração Baseado em Valor”, proposto pela ANS, acerca da transição do FFS para modelos de pagamento baseado em valor.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a percepção dos gestores quanto às motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração.
- b) Analisar a percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor e se houve a necessidade de alinhamentos entre setores internos e externos das operadoras de saúde.
- c) Analisar a percepção dos gestores quanto o processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor.
- d) Analisar a percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar.
- e) Analisar a percepção dos gestores quanto à intenção de escalabilidade do projeto para outras patologias e/ou linhas de cuidado.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de pesquisa

Em relação à questão central proposta, a pesquisa classifica-se como qualitativa, pois esse tipo de pesquisa permite uma amostragem proposital, adequada para responder a pergunta de pesquisa. (CRESWELL; POTH, 2007; BRYMAN, 2016).

Para Creswell e Poth (2017) esse tipo de pesquisa é "um processo de investigação e compreensão baseado em tradições metodológicas distintas de investigação para explorar um problema social ou humano. O pesquisador constrói um quadro complexo e holístico, analisa palavras, relata visões detalhadas de informantes, e conduz o estudo em um ambiente natural". O autor também lista 8 razões para uma pesquisa de abordagem qualitativa: natureza da pergunta, tópico que precisa ser explorado, necessidade de apresentar uma visão detalhada do tópico, estudo do indivíduo em seu ambiente natural, interesse em escrever em estilo literário, tempo e recursos suficientes para gastar na coleta de dados e análise dos textos, receptividade e ênfase no papel do pesquisador como aprendiz, o qual pode contar a história na perspectiva do participante, ao invés de assumir o papel de *expert*.

A pesquisa qualitativa utiliza-se de uma estratégia indutiva da relação entre a teoria e a pesquisa, onde a primeira é gerada a partir da última. Além de indutivista, a pesquisa qualitativa é essencialmente interpretativista onde a interpretação dos dados é realizada na óptica do pesquisador situada em um momento específico. O paradigma interpretativista procura buscar respostas a partir do indivíduo que faz a ação, sendo assim, uma experiência exclusiva relatada. (BURRELL; MORGAN, 1979).

Considera-se que para investigar a transição entre os modelos de remuneração no setor suplementar, o método qualitativo seja o mais adequado para o estudo do fenômeno.

Quanto aos objetivos, a pesquisa classifica-se como descritiva. Segundo Gil (2019), uma pesquisa descritiva busca o aprofundamento de um determinado tema já conhecido, descrevendo as características de determinada população, de um fenômeno, ou mesmo, de uma experiência. Considerando o objetivo central do estudo, que envolve uma melhor compreensão da mudança de estrutura dos modelos de remuneração, considera-se a pesquisa descritiva mais adequada, visando uma nova contribuição sobre o tema, com foco em uma experiência prática do fenômeno.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa classifica-se como bibliográfica. A busca por referenciais teóricos teve como objetivo fundamentar a discussão científica em torno do problema de pesquisa relacionado à necessidade de uma avaliação crítica do significado da transição do FFS e a percepção dos gestores das operadoras de saúde que passaram por essas mudanças na prática. A primeira etapa da presente pesquisa foi realizar uma revisão bibliográfica sobre os modelos de remuneração praticados na saúde suplementar brasileira, as implicações de transição entre os modelos, e os projetos que fomentam essa transição. O levantamento dos estudos foi realizado no acervo digital da biblioteca da Fundação Getúlio Vargas, site da Agência Nacional de Saúde Suplementar e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, bem como livros sobre saúde baseada em valor. Para o levantamento, foram utilizados os seguintes descritores: pagamento em saúde, saúde suplementar, saúde baseada em valor, pagamento baseado em valor, *value-based healthcare*, *healthcare payments*.

Como estratégia de busca, os descritores foram utilizados da seguinte forma: “pagamento em saúde AND saúde suplementar”; saúde suplementar AND saúde baseada em valor; saúde suplementar AND pagamento baseado em valor; *value-based healthcare*; *healthcare payments*.

2.2 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas baseada em roteiros semiestruturados com os gestores das operadoras de saúde selecionadas pela ANS para participarem do projeto “Modelo de Remuneração Baseado em Valor” (Quadro 1). A entrevista semiestruturada foi desenvolvida para incentivar os participantes a compartilharem suas experiências, impressões e opiniões sobre o processo de mudança dos modelos de remuneração. Para Creswell e Poht (2017) o desenvolvimento do roteiro de entrevistas é um estreitamento da questão central a ser respondida pela pesquisa. Portanto as perguntas foram definidas com base nos objetivos. Depois de construído, foi realizado um teste-piloto para refinar e desenvolver o roteiro final, com um gestor de uma Operadora de Saúde que não estava participando do projeto a ANS, porém tem vivência prática de transição entre os modelos de remuneração. O referencial teórico construído contribuiu para a elaboração do roteiro semiestruturado, com o objetivo de direcionar as perguntas mais relevantes para o desenvolvimento da pesquisa. Porém é importante ressaltar que Minayo (2008) reflete que a abertura que o entrevistado tem de se expressar permite ao pesquisador explorar outras estruturas de relevância que possam ser abordadas além do roteiro pré-estabelecido.

As entrevistas foram realizadas por meio de serviços de videoconferência, durante o período de julho a agosto de 2021, em horários estipulados pelos entrevistados para garantir o tempo necessário para uma efetiva coleta de dados. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas. Ressalta-se que o anonimato dos entrevistados foi garantido durante todo o processo.

Foram contatados os 12 gestores dos projetos selecionados, desses 9 aceitaram participar do estudo e 8 apresentaram disponibilidade para realizar a entrevista no período proposto.

2.3 Organização e análise dos dados

Considerando a característica descritiva da pesquisa, para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo de Bardin (2016). A análise de conteúdo geralmente é utilizada em pesquisas cujo objetivo é descrever um fenômeno, nesse caso, a transição entre modelos de remuneração na saúde suplementar. Tal método é apropriado quando a teoria existente ou a literatura de pesquisa sobre um fenômeno é limitada. Além disso, permite que os pesquisadores mergulhem nos dados para o surgimento de novos *insights*. (HSIEH; SHANNON, 2005).

De acordo com Bardin (2016) as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e inferência e a interpretação.

Pré-análise: Geralmente esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. (BARDIN, 2016). Essa etapa foi realizada através da revisão bibliográfica e a leitura de todo o material coletado durante as entrevistas. Além disso, foi realizada a leitura dos dados referentes às apresentações das oficinas virtuais de aprendizagem disponíveis no site da ANS. Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas duas oficinas: na primeira, onde estão disponibilizadas apresentações das operadoras selecionadas e o relatório da ANS e a segunda, onde além das apresentações e do relatório foi disponibilizado a gravação do evento.

Na etapa de pré-análise também é construída a formulação das hipóteses e objetivos. Hipótese é uma afirmação provisória que se propõe verificar, enquanto o objetivo é a finalidade geral. Não é obrigatório ter como guia um corpo de hipóteses; algumas análises efetuam-se “às cegas” sem ideias pré-concebidas, onde, a partir do próprio texto, aprende-se com as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses. (BARDIN, 2016). Nessa pesquisa, optou-se por não formular hipóteses e os objetivos da pesquisa, assim como o referencial teórico, foram a base para elaboração do roteiro das entrevistas e o alicerce para a leitura do documento.

O material foi organizado no *Word* para as análises iniciais. Nessa análise foram selecionados frases e parágrafos das transcrições das entrevistas com significados semelhantes, resultando na criação dos índices que deram origem aos primeiros rótulos para os códigos, tornando-se o esquema para a codificação inicial.

Exploração do material e tratamento dos resultados: Nessa fase, o corpus estabelecido deverá ser estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto e consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição e enumeração. (BARDIN, 2016). Optou-se por passar os elementos selecionados na fase anterior para uma planilha no *Excel*, permitindo um melhor agrupamento do material.

A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

Para a codificação são necessários os seguintes processos: selecionar os recortes (unidades de registro), realizar a enumeração (modo de contagem) e, por fim, fazer a categorização. (BARDIN, 2016).

a) **Selecionar os recortes:** optou-se por recortar o texto em unidades de contexto que correspondem ao segmento do conteúdo considerado à unidade base, visando a categorização e a contagem frequência. (BARDIN, 2016). Tais unidades de contexto foram agrupadas conforme semelhança de significado. Nessa pesquisa, foram utilizados frases e/ou parágrafos para obter a real compreensão do sentido, evitando assim perder as características da fala. Através das unidades de contexto foram estabelecidas as unidades de registro, o que efetivamente servirá para a contagem.

b) **Enumeração:** Para a enumeração optou-se por considerar a frequência das unidades de registro. Para Bardin (2016) a frequência é geralmente a medida mais usada e sua importância aumenta com a frequência de aparição. A regularidade quantitativa de aparição é, portanto, aquilo que se considera como significativo.

c) **Categorização:** é uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, e em seguida por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente devidos. O critério de categorização pode ser o semântico (categorias temáticas, por exemplo, todos os temas que significam ansiedade ficam agrupados na categoria “ansiedade”), sintático (verbos e adjetivos), léxico (sinônimos) e expressivo (por exemplo, que classificam as diversas perturbações da linguagem). Na presente pesquisa, o critério de categorização inicial foi realizado usando eixos temáticos. Os temas emergiram da pergunta de pesquisa e dos objetivos propostos, sendo organizados em 4 grandes temas: percepções dos gestores quanto às motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração, ao processo de construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor, ao processo de definição dos indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor, aos fatores facilitadores e limitantes para a transição de modelos de remuneração e à escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor. Também se optou por referenciar a origem dos elementos, ou seja, inserir as perguntas do roteiro semiestruturado, conforme exemplo abaixo indicado no quadro 2.

Quadro 2 - Exemplo de categorização inicial por tema

Tema: Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração	
Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto as motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração.
Origem dos elementos:	Na sua perspectiva por que, tanto a literatura e agora na prática, as operadoras de saúde estão discutindo a transição do modelo <i>fee for service</i> para modelos baseado em valor? / Quais suas motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS?

Fonte: Própria autora (2021)

A partir da categorização inicial por tema, foram realizadas classificações analógicas e progressivas dos elementos, partindo de uma generalidade mais fraca até a constituição das categorizações finais. Após reagrupamentos progressivos, foram estabelecidas 7 categorias.

Interpretação e Inferência: Inferência pode ser compreendida como uma operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (BARDIN, 2016).

Para Bardin (2016) esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela à condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Segundo a autora, a codificação e a categorização, realizadas na etapa anterior possibilitam as interpretações e as inferências. Nesse sentido, foi necessário tratar as informações. Optou-se por tratar os dados de forma quantitativa, tendo como alicerce a frequência de aparição das unidades de registro.

Para minimizar o potencial viés de uma inferência quantitativa, principalmente no que tange ao risco de elementos importantes serem deixados de lado, ou de serem tidos como elementos não significativos, foi realizado um grupo focal em setembro de 2020 constituído por 5 participantes: a autora da pesquisa, uma especialista no tema valor em saúde, um especialista em saúde coletiva e em economia e gestão da saúde e profissionais vinculados à ANS.

A discussão da pesquisa foi embasada na inferência quantitativa realizada através de operação estatística simples, na análise qualitativa dos resultados, no referencial teórico e nos tópicos discutidos no grupo focal.

Validação dos Resultados: A pesquisa qualitativa precisa demonstrar validade e credibilidade dos seus resultados. Como rotina, podem-se empregar técnicas de triangulação,

verificação pelos entrevistados, revisão por pares e auditoria externa (CRESWELL; POTH 2017). Nessa pesquisa, optou-se por utilizar como técnica de validação de todo o processo da pesquisa e dos resultados a revisão ou pares ou *debriefing*. Creswell e Poth (2017) aponta que o papel do *debriefing* é de “advogado do diabo”, fornecendo ao pesquisador perguntas sobre todo o percurso metodológico adotado durante a pesquisa, sendo necessário que tenha familiaridade com o método de pesquisa e com o fenômeno a ser estudado.

Durante todo o processo da construção da análise até a consolidação dos resultados foi utilizada a técnica de *debriefing*, através de uma pesquisadora especialista em valor em saúde e familiarizada com a metodologia de análise de conteúdo de Bardin.

Definição das categorias: A seguir, são apresentadas as definições das categorias e subcategorias conforme o agrupamento por temas:

Tema 1: Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração

Categoria 1: Percepção quanto as motivações para a transição do modelo FFS para um modelo de pagamento baseado em valor: Corresponde apenas aos elementos que inferem fatores de motivação para promover a transição do FFS para modelos baseado em valor.

Subcategoria I

a) **Fraquezas do FFS:** Corresponde apenas aos elementos que inferem características negativas ao FFS relacionando-as com a necessidade de transição para modelos baseado em valor.

b) **Percepções positivas do FFS:** Corresponde apenas aos elementos que inferem percepções positivas ao FFS.

c) **Forças dos modelos de pagamento baseado em valor:** Corresponde apenas aos elementos que inferem características positivas aos modelos de pagamentos baseado em valor relacionando-as com a necessidade de transição entre o modelo atual e novos modelos.

d) **Necessidades do setor:** Corresponde aos elementos utilizados para justificar que a transição do modelo de pagamento baseado em serviço para o modelo de pagamento baseado em valor deve ocorrer devido às necessidades do setor.

Subcategoria II

a) **Fraquezas do FFS:** Corresponde apenas aos elementos que inferem os motivos pelo qual o modelo FFS é relacionado a uma perspectiva negativa pelos gestores.

b) **Percepções positivas do FFS:** Corresponde apenas aos elementos que relacionam a continuidade do modelo FFS no setor suplementar.

c) **Forças dos modelos de pagamento baseado em valor:** Corresponde apenas aos elementos que inferem aos motivos que modelos de pagamentos baseados em valor são relacionados a uma perspectiva positiva pelos gestores.

d) **Necessidades do setor:** Correspondem as dimensões (qualidade e financeira) do setor que necessitam de mudança.

Subcategoria III

a) **Fraquezas do FFS:** Corresponde às unidades de registro que implicam na consequência prática dos atributos negativos do FFS.

b) **Percepções positivas do FFS:** Corresponde às unidades de registro que implicam nas características práticas que justificam a permanência do modelo FFS no setor suplementar.

c) **Forças dos modelos de pagamento baseado em valor:** Corresponde às unidades de registro que implicam na consequência prática dos atributos positivos de modelos de pagamento baseado em valor.

d) **Necessidades do setor:** Corresponde às unidades de registro que se relacionam aos tipos de mudança que o setor necessita conforme as suas dimensões.

Categoria 2: Motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS: corresponde aos elementos que inferem as principais motivações que levaram à inscrição da operadora de saúde no Projeto Novos Modelos de Remuneração proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

a) **Subcategoria I:** Corresponde apenas aos elementos que inferem às principais dimensões citadas pelos gestores que se referem às motivações para a inscrição do projeto: Novos Modelos de Remuneração Baseado em Valor da ANS.

b) **Subcategoria II:** Corresponde às unidades de registro que inferem aos motivos práticos, na percepção dos gestores, às motivações para a inscrição no projeto: Novos Modelos de Remuneração Baseado em Valor da ANS.

Tema 2: Percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor

Categoria 3: Processo de construção do projeto: Corresponde apenas aos elementos que inferem aspectos relacionados aos processos para a construção de modelos de pagamentos baseado em valor.

Subcategoria I

- a) **Alinhamento interno:** Corresponde apenas aos elementos que inferem aos alinhamentos internos necessários para a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.
- b) **Alinhamento com prestador:** Corresponde aos elementos externos necessários para a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.
- c) **Dificuldades:** Corresponde apenas aos elementos percebidos como dificuldades para a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.
- d) **Necessidades:** Corresponde apenas aos elementos percebidos pelos gestores como fatores que precisam ser melhorados e/ou trabalhados para a construção de modelos de remuneração baseado em valor.
- e) **Facilidades:** Corresponde apenas aos elementos percebidos como facilidades para a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.
- f) **Percepção quanto ao projeto:** Corresponde apenas aos elementos relacionados aos efeitos percebidos durante a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria II

- a) **Alinhamento interno:** Corresponde apenas aos elementos que inferem setores internos ou aos processos internos envolvidos no projeto de modelos de remuneração baseado em valor.
- b) **Alinhamento com prestador:** Corresponde apenas aos elementos que inferem os setores externos ou aos processos externos envolvidos no projeto de modelos de remuneração baseado em valor.
- c) **Dificuldades:** Corresponde apenas aos elementos que inferem características de locais ou processos que podem dificultar a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.
- d) **Necessidades:** Corresponde apenas às dimensões percebidas pelos gestores que precisam ser melhoradas e/ou trabalhadas para permitir a construção de modelos de remuneração baseado em valor.
- e) **Facilidades:** Corresponde apenas aos elementos que inferem características de locais ou processos que podem facilitar a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

f) **Percepção quanto ao projeto:** Corresponde apenas aos elementos relacionados aos efeitos positivos percebidos durante a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria III

a) **Alinhamento interno:** Corresponde às unidades de registro que implicam nos tipos de equipes de trabalho internas mencionadas pelos gestores.

b) **Alinhamento com prestador:** Corresponde às unidades de registro que implicam nos tipos de equipes de trabalho externas mencionadas pelos gestores.

c) **Dificuldades:** Corresponde às unidades de registro mencionadas pelos gestores relacionadas aos tipos de dificuldades percebidas.

d) **Necessidades:** Corresponde às unidades de registro mencionadas pelos gestores que precisam ser melhoradas e/ou trabalhadas para permitir a construção de modelos de remuneração baseado em valor.

e) **Facilidades:** Corresponde às unidades de registro mencionadas pelos gestores relacionadas aos tipos de facilidades percebidas.

f) **Percepção quanto ao projeto:** Corresponde às unidades de registro mencionadas pelos gestores relacionadas aos tipos de efeitos positivos percebidos durante a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

Tema 3: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor

Categoria 4: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor: Corresponde apenas aos elementos que se relaciona com as medidas de mensuração de qualidade e custos usadas como indicadores no projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria I

a) **Tipos de indicadores definidos:** Corresponde aos indicadores mencionados pelos gestores utilizados na construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

b) **Necessidades do processo de mensuração:** Corresponde apenas aos elementos que inferem às necessidades relacionadas aos processos de mensuração dos indicadores.

c) **Dificuldades encontradas durante o processo de mensuração:** Corresponde apenas aos elementos que se referem às dificuldades percebidas pelos gestores durante o processo de mensuração dos indicadores de projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

d) **Resultados do projeto:** Corresponde aos elementos relacionados aos resultados do projeto de modelos de remuneração baseado em valor mencionado pelos gestores através dos indicadores selecionados.

Subcategoria II

a) **Tipos de indicadores definidos:** Corresponde aos indicadores de subdivididos em duas áreas temáticas (assistenciais e administrativos) mencionados pelos gestores.

b) **Necessidades do processo de mensuração:** Corresponde aos elementos relacionados aos tipos de necessidades percebidas pelos gestores.

c) **Dificuldades encontradas durante o processo de mensuração:** Correspondem as dificuldades em relação aos dados dos indicadores de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

d) **Resultado do projeto:** Corresponde apenas aos elementos relacionados à percepção dos gestores ou aos elementos apresentados para a operadora que se relacionam aos resultados do projeto modelos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria III

a) **Tipos de indicadores definidos:** Corresponde às unidades de contexto relacionadas às categorias de indicadores que são ou que deveriam ser acompanhados nos projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

b) **Necessidades do processo de mensuração:** Correspondem às unidades de contexto relacionadas aos tipos de necessidades percebidas pelos gestores.

c) **Dificuldades encontradas durante o processo de mensuração:** Corresponde às unidades de contexto referente aos tipos de dificuldades encontradas em relação aos dados.

d) **Resultado do projeto:** Corresponde às unidades que inferem aos impactos práticos percebidos pelos gestores de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

Tema 4: Percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração

Categoria 5: Fatores facilitadores e limitantes: Corresponde apenas aos elementos mencionados pelos gestores que facilitam ou limitam o processo de transição do FFS para modelos baseados em valor.

Subcategoria I

a) **Facilitadores:** Refere-se apenas aos fatores percebidos como facilitadores para a transição do modelo FFS para modelos baseado em valor.

b) **Limitadores:** Refere-se apenas aos fatores percebidos como limitantes para a transição do modelo FFS para modelos baseado em valor.

Subcategoria II

a) **Facilitadores:** Refere-se apenas às dimensões percebidas pelos gestores consideradas facilitadoras para transição do FFS para modelos de remuneração baseado em valor.

b) **Limitadores:** Referem-se apenas às dimensões percebidas pelos gestores consideradas limitantes para a transição do modelo FFS para modelos baseado em valor.

Subcategoria III

a) **Facilitadores:** Referem-se apenas as unidades de contexto mencionadas pelos gestores relacionadas aos tipos de atividades e alinhamentos que facilitaram o desenvolvimento de projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

b) **Limitadores:** Referem-se apenas as unidades de contexto mencionadas pelos gestores relacionadas às características do setor limitam o desenvolvimento de projeto de modelos de remuneração baseado em valor.

Tema 5: Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor

Categoria 6: Escalável: Corresponde apenas aos elementos que se referem ao potencial de escalabilidade de projetos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria I

a) **Instituições com maior potencial de escalabilidade:** Refere-se apenas aos elementos que inferem aos setores da saúde suplementar com potencial para escalar modelos de remuneração baseado em valor.

b) **Prazo para escalabilidade:** Refere-se aos elementos que se referem ao tempo necessário percebido pelos gestores para a escalabilidade de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

c) **Motivos para escalar:** Corresponde apenas aos elementos inferem às necessidades que justificam a escalabilidade de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

d) **Condições para escalar:** Corresponde aos elementos que inferem as principais condições para permitir a escalabilidade de projetos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria II

a) **Instituições com maior potencial de escalabilidade:** Refere-se às unidades de contexto percebidas pelos gestores como locais onde modelos de remuneração baseado em valor tem maior possibilidade de escalar.

b) **Prazo para escalabilidade:** Refere-se às unidades de contexto mencionadas pelos gestores que remetem ao prazo de escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor.

c) **Motivos para escalar:** Corresponde às unidades de contexto mencionadas pelos gestores que justificam a escalabilidade de projetos de modelos de remuneração baseada em valor no setor suplementar.

d) **Condições para escalar:** Corresponde às unidades de contexto mencionadas pelos gestores para permitir a escalabilidade de projetos de remuneração baseada em valor.

Categoria 7: Não escalável: Corresponde apenas aos elementos que inferem características do setor suplementar que não permitirão a escalabilidade de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

Subcategoria I

a) **Força do modelo atual:** Refere-se às unidades de contexto mencionadas pelos gestores percebidas como impeditivas para a escalabilidade de modelos de remuneração baseada em valor.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

No âmbito das reformas dos sistemas de saúde, desde os anos 90, os sistemas de pagamento a hospitais e prestadores ambulatoriais, passaram a ser vistos como um instrumento de contenção da expansão exponencial dos gastos em saúde. (UGÁ, LIMA 2013). Optou-se por denominar aqui o repasse financeiro que parte da operadora de saúde para o prestador de serviços como “modelos de remuneração”.

O referencial teórico está dividido da seguinte forma: modelos de remuneração na Saúde Suplementar e seus impactos nos sistemas de saúde, implicações sobre a transição entre os modelos e os projetos que fomentam a transição entre os modelos na saúde suplementar brasileira.

3.1 Modelos de remuneração na Saúde Suplementar

As transações microeconômicas entre pagadores e provedores (função de compra) são caracterizadas por meio dos chamados “mecanismos de pagamento”. Tais mecanismos têm diferentes objetivos, entre eles: ajudar a melhorar o acesso à saúde e qualidade da atenção,

incentivar o eficiente de recursos, ser fácil de implementar e cuidar da transferência do risco para o ator que melhor pode administrá-lo. (FERNANDEZ, 2020).

Quin (2015) define 8 métodos básicos de pagamento que podem ser aplicáveis a todos os tipos de cuidado em saúde, sendo cada método definido pela unidade de pagamento: período, beneficiário, destinatário, episódio, dia, serviço, dólar de custo ou dólar de encargos). Esses métodos geralmente são combinados para equilibrar riscos entre pagadores e prestadores. Ugá e Lima (2013) utilizam o termo “formas de alocação de recursos a prestadores de serviços médicos-assistenciais, hospitalares e/ou ambulatoriais” e os classifica a partir do momento em que ocorre as transferências financeiras: antes da efetiva prestação do serviço (*ex-ante*) ou se depois e em função do volume e tipo da produção apresentada por cada prestador (*ex-post*). Como exemplos *ex-ante* as autoras citam a orçamentação global e a capitação e como *ex-post* a diária hospitalar e o pagamento prospectivo por procedimento.

Nessa seção, optou-se por fazer uma busca da literatura dos modelos de pagamento entre prestadores e pagadores, incluindo os modelos que buscam promover o valor em saúde.

3.1.1 Pagamento por procedimento (*fee-for-service*)

No Modelo FFS cada procedimento é mensurado por um valor e pago separadamente. Sua operacionalização requer uma lista de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e seu pagamento é sempre retrospectivo. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Para BOSKO (2021) os riscos do FFS são absorvidos pelas seguradoras.

Miller (2017) cita 4 problemas vinculados ao FFS: o pagamento não garante que os serviços prestados sejam adequados na perspectiva de qualidade ou que alcancem resultados centrados no paciente; os valores do pagamento recebido geralmente costumam ser menores do que o custo de uma prestação de serviço de alta qualidade; serviços importantes e que agregam valor ao paciente podem não serem remunerados e o valor total dos cuidados não são mensurados, tampouco comparados.

Tal modelo recebe críticas por ser considerado um importante fator impeditivo na melhoria da atenção à saúde. (MILLER 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a; MENDES 2019). Outras críticas se referem ao procedimento ser realizado separadamente a diferentes prestadores, o que acaba incentivando a fragmentação do sistema de saúde e impedindo a geração de incentivos para a coordenação da atenção a saúde. (MENDES, 2019). Também não devem ser ignorados os aumentos dos custos diretos associados a essa prática, como os serviços excessivos e cuidados desnecessários ou

inadequados que podem ser encorajados, uma vez que não há limites para a atividade do prestador. (BRITTON, 2015; FERNANDEZ 2020).

Miller (2017) comenta que o que leva ao FFS não ser o modelo mais adequado de remuneração diz respeito a ele ser centrado no prestador de serviço ou em reduzir as despesas assistenciais e não em prover desfechos adequados para os pacientes associados ao melhor custo para prestadores e pagadores.

Aquém dos problemas associados ao FFS, ele ainda é o modelo de remuneração mais aplicado na saúde suplementar brasileira e na atenção especializada em outros países como Bélgica, Áustria, Dinamarca, França, Holanda, México e Suíça. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Sua permanência aos sistemas de saúde pode ser associada a pontos importantes quando se considera a singularidade do sistema de saúde em sua perspectiva econômica e organizacional. Como fatores importantes que poderiam justificar a dificuldade da transição do FFS para aos outros modelos de remuneração, cita-se o modelo prospectivo, ou seja, o prestador é remunerado apenas ao prestar, de fato, o serviço ao paciente; a remuneração é maior para aqueles pacientes que necessitam mais atendimentos e serviços; a necessidade de uma tabela de valores permite ao prestador saber, antecipadamente, quanto ele irá receber pelo serviço prestado e, por último, não é penalizado por intercorrências que ele não pode prever, tampouco controlar. (MILLER, 2017).

Outro aspecto relevante, diz respeito ao modelo permitir ao prestador possibilidade de inúmeras solicitações de serviço e às operadoras apenas um papel de financiadora do serviço, sem contribuir para a melhoria da qualidade e eficiência. (FERNANDEZ, 2020).

3.1.2 Diária Global (*per diem*)

O modelo denominado Diária Global é específico para remuneração de internações hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dias de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos, correspondente ao número de diárias. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Em grande parte dos países que adotam esse sistema, são definidos valores diferenciados segundo a complexidade do hospital e da clínica (médica, cirúrgica, UTI, etc). (UGÁ; LIMA 2013).

Geralmente, esse modelo compreende as diárias, os materiais de consumo, os medicamentos, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, exames, honorários médicos e taxas diversas; medicamentos de alto custo, órtese e próteses e outros permanecem sendo cobrados via conta aberta. (TAKAHASHI, 2011). Ugá e Lima (2013) consideram que é um modelo de remuneração altamente insatisfatório, pois pode levar a um prolongamento

desnecessário da internação, risco da redução de procedimentos necessários e até mesmo seleção de risco.

3.1.3 Orçamentação global

O modelo de remuneração por orçamentação global consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definidos através de uma programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o órgão financiador. (UGÁ; LIMA, 2013). Tal modelo permite o conhecimento do prestador do volume máximo previsto para desembolso no período de contrato. (BRASIL, 2013). Vários serviços, como diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos, podem compor um pacote com preço fixo, no modelo de orçamentação. A somatória da média desses valores compõe o pacote a ser utilizado para contratar prestadores de serviços, principalmente no âmbito hospitalar e de exames complementares de diagnósticos e terapêuticas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

3.1.4 Capitação (*Capitation*)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019a) define capitação como um modelo de remuneração de médicos e prestadores por meio do estabelecimento de um valor fixo por paciente cadastrado (*per capita*) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados e para uma população definida e por um período fixo de tempo. Portanto, trata-se de um modelo prospectivo, onde a clínica absorve o custo ou o excedente. (BOSKO, 2021). Tal modelo pressiona fortemente pela eficiência do provedor, uma vez que mesmo que este preste uma quantidade de serviços maiores do que os inicialmente estimados, o valor por paciente continua o mesmo.

Ranson (1999) considera que os contratos de capitação exigem que as organizações de saúde negociem em um nível muito mais sofisticado e arriscado, com necessidade de informações precisas sobre os pacientes e o tamanho da população, sob risco de desastre financeiro. Portanto, desenvolver mecanismos avançados para determinar o custo do paciente é fundamental.

Na capitação, o ajuste de risco pode ser uma estratégia sensata em ambientes de cuidado gerenciado. (MADDEN *et al.*, 2000). Em alguns casos, os ajustes de risco podem ser feitos por idade e sexo, ou critérios específicos, em consonância com os objetivos e características dos programas onde os pacientes serão inseridos. Tais ajustes são importantes uma vez que o pagamento excedente é o pagamento pelo serviço do risco. Seu objetivo é fornecer uma proteção para as flutuações nos custos de saúde de um determinado grupo de pessoas. Essas

flutuações são a razão para um prestador aceitar o risco, portanto não podem ser consideradas como um prêmio

Um exemplo de capitação é quando um prestador recebe um valor *per capita* para fornecer assistência a beneficiários de uma determinada área geográfica. A operadora de saúde pode estratificar o paciente baseado no sistema *Diagnosis-related group* (DRG) e definir um “custo médio” para definição dos valores. (TOLLEY; MANTON; VERTREES 1987). Essa perspectiva está de acordo com Quinn (2015) que destaca que a unidade de pagamento do modelo de capitação é por beneficiário, sendo comum partir de empregadores no ato de contratação de planos de saúde para os seus empregados. Esse modelo de pagamento pode ser parcial ou total/global, caso se aplique a alguns ou a todos os tipos de serviços prestados e seus principais elementos envolvem a definição de um grupo de pacientes definidos; o cuidado é pré-pago por um valor predeterminado e o risco para o prestador.

Embora apresente a vantagem da previsibilidade do gasto do órgão pagador e da receita do prestador de serviço e possa restringir custos, a capitação pode afetar o acesso, a qualidade e quantidade dos serviços, podendo impactar negativamente nos resultados em saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Importante considerar a lei da concentração dos gastos com serviços de saúde, que afirma que uma pequena minoria é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. (QUINN 2015; MENDES 2019). Se o prestador arcar com muitos riscos financeiros, ele ajustará os pagamentos para uma combinação de casos, de forma que o pagamento seja mais alto para os pacientes que provavelmente serão mais caros. (QUINN, 2015).

3.1.5 Pagamento por pacote de serviço ou pagamento por episódio

O conceito de pacote foi desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) não como modalidade de pagamento de serviços, mas como ferramenta de melhoria da qualidade. O primeiro pacote foi desenvolvido em 2001 em uma unidade de cuidados intensivos. (MENDES, 2019) e a maioria dos casos implementados atualmente são para procedimentos cirúrgicos. (O’BYRNE *et al.*, 2013). Nesse modelo, por meio de uma classificação detalhada do produto é estabelecido um preço fixo por procedimentos ou diagnósticos baseados em valores médios. O incentivo, para o hospital é manter o seu custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência, seja, no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado. (ANDREAZZI, 2003) Além disso, para os pacotes de consultas médicas e procedimentos diagnósticos, em geral não há ajuste por

desempenho e a remuneração ocorre posteriormente, ou seja, *ex-post*. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

Os pacotes podem ser caracterizados por transferirem riscos para os prestadores de serviços, poderem apresentar uma tendência à rigidez, não havendo flexibilidade para os casos complexos; na maioria das vezes, não contemplam ajuste por desempenho, monitoramento dos resultados por meio de indicadores de qualidade ou a utilização de protocolos e diretrizes clínicos baseados em evidências, com foco principal na redução dos custos. Dessa forma, a diferença entre pacote e FFS simples, seria o fato de os procedimentos estarem agrupados e serem remunerados por um valor único. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Porém, se considerarmos a perspectiva da Operadora, ela passa a ter maior previsibilidade das despesas devido ao valor fixo. (ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA 2007).

Mendes (2019) considera que, idealmente, o pacote deve ser construído por meio de protocolos clínicos e envolvendo 5 passos:

1. O pacote deve ter de 3 a 5 elementos de alto valor clínico;
2. Cada pacote é relativamente independente de tal forma que se um dos elementos não for realizado não há empecilho para que outros elementos o sejam;
3. O pacote deve ser utilizado em uma determinada população e em um local – por exemplo, pessoas em ventilação em uma unidade de cuidados intensivos;
4. O pacote deve ser desenvolvido por equipes multidisciplinares;
5. Os elementos do pacote devem ser descritivos, e não prescritivos, para permitir a customização e o juízo clínico local; e sexto, a avaliação do pacote deve ser feita com uma avaliação de “tudo” ou “nada”, com um grau de pertinência superior a 95%.

O maior problema do modelo é que a integração de recursos em um pacote é única e exclusivamente focada na redução de custos e não na melhoria do valor final ao cliente. (HOLSTEIN, 2018).

3.1.6 Pagamento por desempenho (*pay for performance*)

O pagamento por desempenho ou *pay for performance* tem sido apontado como alternativo ao FFS, modelo padrão de remuneração de prestadores de serviços, embora não se constitua, em si mesmo, um modelo de remuneração. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

Ele surgiu como um modelo de pagamento a fim de incentivar os prestadores a aumentarem sua eficiência produzindo melhores desfechos, sem abandonar integralmente o pagamento por procedimentos. Foi instituído como uma estratégia de transição que permite que os agentes da cadeia migrem gradualmente de uma modalidade de pagamento voltada pelo volume para outra dirigida no sentido de gerar valor para as pessoas. (MENDES, 2019).

Dessa forma, os programas *pay for performance* pagam bônus aos provedores de saúde ou impõem penalidades a eles para encorajar um melhor desempenho nas medidas de qualidade e gastos, associado a algum método de pagamento já existente. (MILLER, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Seguindo essa premissa, pode-se associar um bônus por desempenho ao próprio modelo FFS ou a capitação.

Segundo Barreto (2015 apud Mendes, 2019) os elementos constitutivos do pagamento por desempenho se dividem em 3 campos: medidas de desempenho: qualidade (estruturas, processos e resultados) e eficiência; base para o incentivo (alcance de metas absolutas ou contínuas, mudança do padrão dos indicadores e posicionamento em ranking); e modalidade de incentivo (financeiro e não financeiro).

Essa abordagem é criticada por alguns autores. Miller (2017) aponta que associar bônus não garante que os cuidados sejam adequados e que os pagamentos sejam suficientes para cobrir o custo da prestação do cuidado adequado. Para Mayes (2011) trata-se de um modelo de transição, uma vez que a transição para o pagamento baseado em valor exige tempo e refinamento dos modelos já existentes para finalmente, construir os modelos baseados em valor. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019a) destaca pontos de modulação para garantir que o modelo de pagamento por performance seja estruturado de forma a prevenir suas limitações: criar incentivos financeiros com os objetivos pretendidos claramente estabelecidos; acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não previstos na qualidade do atendimento; coordenação do cuidado; uso de sistemas de informação qualificados; integração da rede assistencial; divulgação do modelo de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade; acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida e avaliação sistemática da experiência do paciente.

3.1.7 Grupo de Diagnósticos Relacionados (*Diagnosis Related Groupings*)

O grupo de diagnósticos relacionados não foi concebido originalmente com o objetivo de compor um modelo de remuneração. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a), mas sim uma forma de agrupamento de pacientes em diagnósticos

e tratamentos similares e que demandam níveis diferentes de recursos. (SULEIMAN, 2019). Tal sistema de agrupamento é utilizado em pacientes internados com alguma condição aguda e foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos. O grupo de pesquisadores de Yale começou a trabalhar nesta classificação em meados da década de 60. Em 1983, após várias revisões, a classificação DRG foi incorporada pelo esquema governamental de seguro americano, como base para um novo sistema de pagamento aos hospitais contratados. (NORONHA, 1991).

Como modelo de remuneração inclui pagamento por casos, classificados de acordo com variáveis pré-estabelecidas, em grupos homogêneos no padrão de consumo de recursos. Muitas DRGs são divididas com base na intensidade de consumo de recursos, das quais podem existir até quatro níveis; A, B, C e D, onde A indica o mais alto nível de utilização dos recursos. Os erros de DRG são frequentemente devido à atribuição indevida destes níveis. (SULEIMAN, 2019) de forma que a fonte pagadora deve reembolsar casos muito caros, considerados *outliers*. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

3.1.8 Pagamentos em pacotes para melhoria do cuidado (*Bundle Payments*)

O pagamento em pacotes para melhoria do cuidado pode ser definido como um pacote de cuidados e serviços que devem ser ofertados para uma condição específica de saúde, remunerado de forma única. (O'BYRNE *et al.*, 2013) e dependente da entrega de bons resultados. (PORTER; LARSSON; LEE 2016).

Miller (2017) aponta alguns fatores que o diferenciam dos outros modelos de remuneração:

- a) O pagamento é acionado pela presença de um determinado problema de saúde ou a um fator de risco e os serviços prestados são para o tratamento dessa condição, independente do tratamento utilizado; outros modelos estão relacionados aos procedimentos ou tratamento realizados;
- b) Escopo de serviços: permite que os pacotes possam vir a cobrir um pequeno número de serviços ou serviços mais amplos;
- c) Serviços planejados x não planejados: muitos *bundles* destinam-se a cobrir serviços que poderiam ser planejados com antecedência enquanto outros podem cobrir serviços não planejados.
- d) Número de provedores envolvidos: alguns *bundles* podem envolver um pequeno número de prestadores enquanto outros podem envolver vários.

Importante ressaltar que através desse modelo, os prestadores de serviços de saúde poderiam eliminar redundância e aumentarem a eficiência, através da uniformização e padronização de protocolos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Outra potencial vantagem está em estimular a prevenção de complicações, uma vez que os prestadores são “obrigados” a pagar pela correção das complicações sem cobrar a mais. Por exemplo, um *bundle* para procedimento cirúrgico geralmente inclui uma readmissão hospitalar relacionada à cirurgia dentro de 30-90 dias após a alta hospitalar. Se houver outras internações no mesmo hospital, este não receberá pagamentos adicionais (MILLER, 2017).

Apesar dos *bundles* estarem ganhando interesse como um método com potencial gerenciamento dos aumentos dos custos com a saúde, seu uso está fortemente associado às cirurgias eletivas e ainda apresentam informações limitadas para cuidados de pacientes crônicos. (O’BYRNE *et al.*, 2013). Opositores dos *bundles* apontam que esses modelos podem não ser vantajosos para os prestadores de serviço, devido ao desequilíbrio de riscos inerente a eles, pois podem estar associados a custos excedentes, caso o paciente desenvolva complicações, além dos custos associados com um episódio de cuidado ou a uma condição clínica adicional associada (FRANCISQUINI, 2019).

3.1.9 Pagamentos por valor

Cada vez mais, percebe-se um reconhecimento que o valor em saúde pode ser medido e melhorado. Tal reconhecimento pode ter sido oriundo dos estímulos de modelos de remuneração alternativos ao FFS associados aos pagamentos por performance.

Uma das abordagens mais aceitas para mensurar valor é do *Institute of Medicine* (IOM) que aponta que os cuidados em saúde devem ser seguros, tempestivos, efetivos, eficientes, equitativos e centrados no paciente (AGRWAL *et al.*, 2016).

Pesquisadores, gestores e profissionais de saúde que defendem o conceito de valor em saúde, consideram que valor é entregue mediante da seguinte equação:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Qualidade (desfechos + segurança + serviços)}}{\text{Custos}}$$

É importante considerar que a definição de valor em saúde pode variar de acordo com a perspectiva adotada. AGRWAL *et al.*, 2016, consideram 5 domínios onde os principais atores do sistema de saúde podem ser considerados como indicado no quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Os 5 domínios dos sistemas de saúde

	Domínio Entrega do Cuidado	Domínio do Conhecimento	Domínio do Pagador	Domínio médico-legal	Domínio Regulatório
Principais funções considerando o cenário atual	Diagnóstico Tratamento Reabilitação Prevenção	Conhecimento médico, educação, treinamento clínico, tecnologias de saúde, coleta e mensuração de dados	Garantir a Cobertura assistencial	Compensar pacientes e familiares e definir políticas de Estado	Política e Regulação relacionado à saúde, documentação médica, cobrança, pagamentos, tecnologia da informação etc.
Papel na entrega de valor em saúde focado no paciente	Entregar valor dentro de um cuidado continuado; desenvolver capacidade de uma aprendizagem continuada para a prestação de melhores cuidados	Promover novos conhecimento na área diagnóstica e terapêutica que promovam valor	Pagar por valor	Compensar injúrias causadas aos pacientes e/ou familiares; garantir segurança da informação no contínuo do cuidado	Definir políticas e regulação para fomentar a organização do sistema para a entrega de valor em saúde, educação continuada do sistema de saúde
Atores	Pacientes Profissionais da saúde Gestores dos prestadores de saúde	Universidades Fornecedores Organizações sem fins lucrativos Pesquisadores	Pagadores públicos e privados, pagamentos <i>out-of-pocket</i>	Advogados Estado Governo Judiciário	Agências Governamentais Associações médicas Agências de acreditação

Fonte: Traduzido de AGRWAL *et al.*, 2016

Mais que compreender a visão dos *stakeholders* supracitados, quando se trata de remunerar por valor, deve-se considerar a perspectiva do paciente. (PORTER; LARSSON; LEE, 2016, AGRWAL *et al.*, 2016, AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Idealmente, um alto valor em saúde identificaria as prioridades de cada indivíduo e mensuraria até que ponto essas necessidades são atendidas. (AGRWAL *et al.*, 2016). Pedroso e Malik (2012) apontam ainda que o valor é criado quando os recursos, os processos, os produtos e s serviços são utilizados para gerar melhoria na vida dos indivíduos ou também da sociedade como um todo, adicionalmente ao valor econômico.

Para Porter e Teisberg (2006), o conceito de valor em saúde pode ser resumido na seguinte fórmula:

$$\text{Valor} = \frac{\text{desfechos}}{\text{Custos}}$$

Nesta proposta, os autores então, definem valor em saúde como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

A definição do que medir é central nesse modelo caso se busque melhorar a qualidade na entrega dos serviços. (MENDES, 2019). Em relação a medição de resultados relacionados à qualidade, a maioria dos hospitais coletam e reportam desfechos clínicos básicos, como mortalidade e taxas de complicação. (KATZ; FRANKEN; MAKDISSE, 2017). Tais desfechos ainda são centrados no prestador e não no paciente.

Visando medir o que importa para o paciente foram criados instrumentos denominados *Patient-reported outcomes* (PROMs) e *PREMs Patient-reported experiences* (PREMs).

PROMs são medidas do estado de saúde de um paciente ou da qualidade de vida relacionada à saúde. Geralmente são questionário autopreenchidos que medem o estado de saúde ou a qualidade de vida relacionada à saúde antes e depois de uma intervenção de saúde. (WESTERBY, 2012).

Em uma tentativa de padronizar PROMS, a organização internacional *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) vem desenvolvendo um conjunto de padrões globais para medidas de resultados, concatenados com a proposta de Porter e Teisberg (2006) de saúde baseada em valor.

Os PREMs são questionários elaborados para capturar a experiência do paciente no atendimento e são usados como um meio de envolver os pacientes em seu caminho de atendimento, medindo a qualidade dos serviços prestados, informando as ações de melhoria e avaliando o desempenho dos serviços prestados. (LUNGU *et al.*, 2020).

O denominador das fórmulas de valor são os custos. Vários são os estudos que demonstram que altos custos com a saúde não são diretamente proporcionais à entrega de melhores resultados. Um exemplo de tal constatação são os Estados Unidos, que tem os maiores gastos *per capita* com saúde, porém tais gastos são refletem em indicadores melhores quando comparados a outros países. (AGRWAL *et al.*, 2016).

Assim, o crescimento dos gastos em saúde, aliado à necessidade de se buscar eficiência na alocação dos recursos, tem ocupado papel importante nas discussões de diversos países, inclusive nacionais.

Apesar do conceito de custo ser muito clara, quando se fala do setor saúde, a percepção de custo está muito vinculada ao olhar do pagador – por exemplo, em uma operadora de saúde, custo é o que se paga ao prestador de serviço em função que um cuidado oferecido ao beneficiário; enquanto para o prestador pode ser o que ele gasta com a folha de pagamento de seus colaboradores. Dessa forma, pode-se refletir que as diferentes percepções agravam a assimetria informacional do setor. (OGATA, 2021). Aferir os custos com a saúde também não é uma tarefa fácil.

Em economia, trabalha-se com a noção de custo de oportunidade, em que há usos alternativos para os recursos limitados. Esse conceito pressupõe que, ao se optar por uma intervenção equivocada - aquela que não gere benefícios adicionais perde-se a oportunidade de usar a mesma quantidade de recursos financeiros para investir em alternativas que poderiam trazer mais ganhos para a população (SILVA, 2016). Em verdade, o custo real de uma atividade (por exemplo, de serviços hospitalares) não corresponde somente aos recursos diretamente despendidos na sua oferta, mas também no valor de todas as outras atividades que podem deixar de ser fornecidas, na medida em que se aumenta o montante alocado ao setor de saúde. Desse modo, em uma alocação eficiente de recursos, os custos de oportunidade são minimizados, obtendo-se um emprego ótimo dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2014). Nesse sentido, utilizam-se avaliações econômicas para recomendação de utilização das tecnologias em saúde como mecanismo de avaliá-las quanto à sua utilização e como mecanismo de uso racional dos recursos em saúde, porém muito focado nas tecnologias de alto custo.

Para Zanoto *et al.*,(2020), a alternativa para medir custo seria através da metodologia de microcusteio, uma vez que fornece um grande grau de detalhamento, principalmente onde os serviços são mais complexos ou onde os recursos humanos tem peso maior.

No mundo real, no entanto, implementar e remunerar por valor não é uma tarefa simples, mas medir os resultados e os custo em uma condição médica selecionada pode ser o primeiro passo para implementar tais modelos. (KATZ; FRANKEN; MAKDISSE, 2017).

O segundo passo é o modelo de pagamento. Somente se logrará enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa se os objetivos dos sistemas de atenção à saúde estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos. Por exemplo, de nada adianta fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os serviços por procedimento. (MENDES, 2019).

3.2 Implicações das transições dos modelos de remuneração para o setor

Várias críticas têm sido feitas em relação a novos modelos de pagamento implantados na prática, sob o discurso da racionalização, muitas vezes são estabelecidos cortes de gastos por parte das operadoras de planos de saúde com o objetivo de reduzir os custos sem a devida avaliação da qualidade dos serviços prestados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Wu *et al.*, (2012) apontam que os pagamentos por desempenho não mostraram consistentemente melhorias nos resultados sanitários e na redução de custos e, em

alguns casos, desviaram a atenção sobre importantes áreas da atenção à saúde como a experiência do cuidado e exacerbaram as desigualdades em saúde ao penalizar médicos e organizações que se preocupavam mais em cuidar de pessoas com condições de saúde mais complexas. (MENDES, 2019). Para Pedroso e Malik (2012) conflitos entre provedores e operadoras acarretam ineficiências sistêmicas quando cada uma atua para atender seus objetivos, em detrimento da melhoria do sistema como um todo. Tais conflitos, somados à assimetria de informação entre os atores, inclusive com os próprios pacientes, pode tornar modelos de remuneração alternativos ao FFS improváveis na perspectiva de geração de valor. (CONRAD, 2015).

Em contrapartida às críticas, outros estudos vêm demonstrando resultados promissores. Veghel *et al.*, (2018) realizaram um estudo com o objetivo de implantar um novo modelo de remuneração entre um hospital e uma seguradora de saúde relacionado para atendimento de pacientes com doença coronariana ou fibrilação arterial e concluiu que houve melhorias nos resultados em saúde, baseado nos princípios de Porter. Outro estudo, realizado por Barnett *et al.*, (2019) apresenta os resultados da implantação do *bundle* na substituição do quadril ou joelho e demonstrou que houve redução dos gastos em saúde sem aumento das taxas de complicações. O estudo de Kinukawa (2019) avaliou, sob uma perspectiva teórico-prática a viabilidade de implementação da equação de valor de Porter no tratamento de catarata em uma clínica oftalmológica de São Paulo e concluiu que é possível realizar a mensuração do cuidado baseado em valor, alinhando qualidade e redução de custos. Esses exemplos vêm sugerindo que, quando bem implantados, programas de remuneração baseado em valor podem promover controle de custos e melhoria da assistência.

Nesse foco, a transição dos modelos vem sendo fortemente estimuladas no âmbito da saúde suplementar brasileira.

3.3 Projetos que fomentam a transição dos modelos de remuneração na Saúde Suplementar Brasileira

Apesar de no Brasil, particularmente na saúde suplementar, o modelo predominante de pagamento ser o FFS, existem iniciativas voltadas para outros modelos, como a capitação e a orçamentação global e outros modelos baseado em valor. (ABICALAFFE; SCHAFER 2020). Atualmente existem dois projetos relevantes: o projeto da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), aonde a atuação está voltada fortemente para os prestadores de serviços, sem uma aferição de custos. (ABICALAFE; SCHAFER 2020) e a da ANS, onde o foco está mais concentrado nas operadoras de saúde, sendo este último a base desta pesquisa.

A ANAHP iniciou em 2017, juntamente com 8 instituições hospitalares, um projeto-piloto, pioneiro no Brasil, com foco em mensuração de indicadores de desfechos clínicos relatados pelos pacientes ou Patient Reported Outcomes Measurements (PROMs). O projeto segue a metodologia estabelecida pela *International Consortium for Health Outcome Measurements* (ICHOM) que visa promover o conceito de Saúde Baseada em Valor. (FRANCISQUINI, 2020). Para Abicalafe e Schafer (2020) a iniciativa é válida, com a ressalva em que até o momento, tal projeto não iniciou a coleta de custos.

Em 2016, a ANS instituiu o Grupo Técnico (GT) de Modelos de Remuneração, no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial, contando com participação de vários *stakeholders* do setor, incluindo gestores de operadoras de saúde, hospitais, profissionais da saúde e fornecedores. A criação desse GT baseia-se na “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” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

Em 2019, teve início à terceira fase de discussão, no qual estão sendo testados novos modelos de remuneração, baseado no Guia de Modelos de Remuneração Baseada em Valor pela ANS, com o objetivo de ampliar a compreensão do tema. Nessa perspectiva, foram selecionados 13 projetos que foram acompanhados pela ANS. Para serem aprovados, os projetos precisaram atingir uma pontuação mínima, mensurados através de critérios presentes no edital de participação, tendo como principal objetivo “a melhoria dos resultados em saúde para os pacientes a um custo mais acessível para ambas as partes” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

4. RESULTADOS

São apresentados nesse capítulo o perfil dos entrevistados e os resultados que emergiram das entrevistas semiestruturadas.

Como já apresentado anteriormente, a pesquisa trabalha com 5 temas relacionados aos objetivos específicos do trabalho. Por esse motivo, os resultados serão apresentados por temas, conforme quadro 4 abaixo:

Quadro 4 - Organização por temas e objetivos da análise

Tema	Objetivo da Análise
Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração	Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto as motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração.

Percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor	Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor e se houve a necessidade de alinhamentos entre setores internos e externos das operadoras de saúde.
Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor	Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto o processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor.
Percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração	Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar.
Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor	Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto a intenção de escalabilidade do projeto para outras patologias e/ou linhas de cuidado.

Fonte: Própria autora (2021)

4.1 Perfil dos entrevistados

Foram convidados 12 gestores para participação da entrevista, sendo o roteiro semiestruturado aplicado efetivamente com 8 deles. Todos os entrevistados possuíam vínculo direto com os projetos de Novos Modelos de Remuneração Baseado em valor da ANS. Dos 8 entrevistados, 5 possuem graduação em medicina, 1 em enfermagem, 1 em direito e 1 em ciências atuariais; 5 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

Em relação ao local de trabalho 3 possuem vínculo com operadoras da modalidade medicina de grupo, 2 com cooperativas médicas, 2 com seguradoras de saúde e 1 com autogestão. Em relação ao porte da operadora, 7 exercem suas atividades em operadoras de grande porte e um em operadora de médio porte.

Em relação aos cargos que os entrevistados ocupavam durante o projeto Novos Modelos de Remuneração da ANS, todos tinham cargos estratégicos dentro da operadora de saúde, sendo os citados: coordenador de unidade/ medicina preventiva, coordenadora de qualidade e segurança do paciente, gerente de relacionamento com prestadores, diretor de inovação e inteligência estratégica, diretor médico, superintendente operacional de saúde e dirigente.

4.2 Dados das entrevistas

Nesse capítulo são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os gestores das operadoras de saúde e a origem dos elementos que permitiram as categorizações.

As categorias e subcategorias foram agrupadas, partindo-se dos elementos de maior abrangência para os de menor abrangência, conforme as definições apresentadas no capítulo do percurso metodológico.

4.2.1 Tema 1: Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração

As categorias e subcategorias que compõem o tema 1, bem como o objetivo de análise e as perguntas que deram origem aos elementos podem ser visualizadas no quadro 5 abaixo:

Quadro 5 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 1

Tema: Motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração	
Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto as motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração.
Origem dos elementos:	Na sua perspectiva por que, tanto a literatura e agora na prática, as operadoras de saúde estão discutindo a transição do modelo <i>fee for service</i> para modelos baseado em valor? / Quais suas motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS?

Fonte: Própria autora (2021)

As categorias desse tema são: Percepção quanto às motivações para a transição do modelo FFS para um modelo de pagamento baseado em valor e Motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS.

A seguir são apresentados os resultados da categoria 1, bem como as subcategorias que emergiram durante a análise e a frequência das unidades de registro.

Quadro 6 - Percepção quanto às motivações para a transição do modelo FFS para um modelo de pagamento baseado em valor

Percepção quanto as motivações para a transição do modelo <i>fee for service</i> para um modelo de pagamento baseado em valor.								
Subcategori a I	Frequênci a Unidade de registro	%	Subcategori a II	Frequênci a Unidade de registro	%	Subcategoria III	Frequênci a Unidade de registro	%
	29	58%		16	55%	Desperdício	9	56%

Fraquezas do <i>fee-for-service</i>			Impacto Financeiro			Insustentável	4	25%		
						Buscar sustentabilidade	2	13%		
						Financeira	1	6%		
			Falta de transparência	8	28%			Desconfiança	4	50%
								Conflitos de interesse	4	50%
			Distorcido	5	17%			Mensuração por volume	3	60%
Não tem foco no paciente	2	40%								
Forças de modelos de pagamento baseado em valor	7	14%	Benefício financeiro	7	100%	Gera retorno financeiro	7	100%		
Necessidade do setor	7	14%	Melhorar a situação financeira	5	71%	Entregar um custo mais acessível	4	80%		
						Combater o desperdício	1	20%		
			Melhorar a qualidade	2	29%	Melhorar a qualidade assistencial	2	100%		
Percepções positivas do <i>fee-for-service</i>	7	14%	Continuidade	3	43%	Não vai acabar	3	100%		
			Motivos da continuidade	4	57%	Traz vantagens	4	100%		
Total	50	100%								

Fonte: Própria autora (2021)

Observa-se que a característica negativa: fraqueza do FFS na subcategoria I possui a maior porcentagem (58%). Tal característica relaciona-se com impactos financeiros (55%), falta de transparência (28%) e uso distorcido do modelo (17%) indicado como perspectiva negativa dos gestores na subcategoria II. Na subcategoria III, as unidades de registro que implicam na consequência prática dos atributos negativos do FFS, são: desperdícios (56%), à insustentabilidade do modelo (25%), a busca pela sustentabilidade (13%) e fraquezas financeira (6%). O desperdício está relacionado a uma desregulação do modelo, remunerando e incentivando solicitações de exames e procedimentos considerados desnecessários, bem como as diferenças de preço das tecnologias de saúde. A insustentabilidade está relacionada às preocupações com a inflação médica; a sustentabilidade relacionada em trazer uma relação custo-benefício efetiva para o setor; e financeira relacionada exclusivamente às motivações financeiras para a transição.

A característica positiva do pagamento baseado em valor representado na subcategoria I como forças dos modelos de pagamento baseado em valor representa 14% do total e 100% dos elementos estão relacionados aos benefícios financeiros como indicado na subcategoria II. Para essa característica positiva, a unidade registro indicada na subcategoria III é gerar resultado financeiro (100%), na perspectiva dos gestores, os pacientes vão de forma global, gastar menos com o plano de saúde, acarretando numa redução de custos para a operadora. Há inclusive uma expectativa que ocorra redução de procedimentos mais complexos e onerosos para o setor, como internações e idas ao pronto socorro, por exemplo.

A necessidade do setor (14%) indicada na subcategoria I corresponde aos elementos utilizados para justificar que a transição do modelo de pagamento baseado em serviço para o modelo de pagamento baseado em valor deve ocorrer devido às necessidades do setor. Em relação às dimensões (qualidade e financeira) do setor que necessitam de mudança, a subcategoria II aponta as dimensões: melhorar a situação financeira (71%) e melhorar a qualidade (29%). As unidades de registro da subcategoria III representam os tipos de mudança que o setor necessita conforme as suas dimensões. A dimensão: melhorar a situação financeira está relacionada a necessidade de entregar um custo mais acessível (80%), tanto para as empresas contratantes dos planos de saúde, quanto aos beneficiários e, com potencial para ampliar o *market share* da operadora; combater o desperdício, que refere-se à 20% das unidades de registro, relaciona-se à perspectiva que os modelos de remuneração baseado em valor podem fortalecer práticas assistenciais, e como consequência, a própria assistência irá combater o desperdício.

Em relação à dimensão: melhorar a qualidade, 100% das unidades de registro estão relacionadas a melhorias da qualidade assistencial, que precisa chegar e ser percebida pelo beneficiário do plano de saúde, além disso, essa qualidade assistencial deve ser o elemento central para a remuneração do prestador.

Quanto às percepções positivas ao FFS (14%) correspondem aos elementos que inferem percepções positivas do modelo, relacionam-se a continuidade (43%) e motivos para continuidade (57%) indicados na subcategoria II. As unidades de registro que se referem à continuidade apontam que esse modelo de remuneração não vai acabar; e os motivos se relacionam com suas vantagens percebidas, principalmente, em termos de acesso do paciente em determinados serviços.

A seguir, são apresentados os resultados da categoria 2. No quadro 7 estão as subcategorias que emergiram durante a análise e a frequência das unidades de registro.

Quadro 7 - Motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS

Motivações para participar do projeto de remuneração baseado em valor da ANS					
Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Ter suporte	10	50%	Troca de experiência	4	40%
			Apoio na execução	2	20%
			Aprendizado	2	20%
			Comprometimento	2	20%
Melhorar posicionamento no mercado	6	30%	Visibilidade	2	33%
			Fidelizar o paciente	3	30%
			Aumentar o número de beneficiários	1	17%
Melhorar qualidade	4	20%	Desempenho assistencial	4	100%
Total	20	100%			

Fonte: Própria autora (2021)

A partir do quadro 7, observa-se que às dimensões citadas pelos gestores no que se referem às motivações para a inscrição no projeto “Novos Modelos de Remuneração Baseado em Valor” da ANS foram: ter suporte (50%), melhorar o posicionamento do mercado (30%) e melhorar a qualidade (20%). Os motivos práticos, para a inscrição nesse projeto são indicadas na subcategoria II: troca de experiência (40%), apoio da execução (20%), aprendizado (20%) e comprometimento (20%). A troca de experiência refere-se tanto a ANS quanto com seus pares, no sentido de compartilhamento e abertura de um canal de comunicação entre os atores. O apoio na execução refere-se principalmente à expectativa de um apoio técnico da ANS. Aprendizado refere-se a entender o que e como outras operadoras estão desenvolvendo seus modelos. Já comprometimento é no sentido que, o projeto uma vez exposto, cria uma provocação interna e um dever moral fomentando sua continuidade.

A dimensão: melhorar o posicionamento do mercado relaciona-se com a visibilidade (33%), fidelizar o paciente (30%) e aumentar o número de beneficiários (17%).

As unidades de contexto relacionadas à visibilidade referem-se tanto à ANS quanto aos pares; fidelizar o paciente refere-se principalmente a não deixar o paciente solto na rede, mas colocá-lo em um cuidado onde ele tenha referência em relação ao seu cuidado de saúde; já aumentar o número de beneficiários relaciona-se a transformar projetos de modelo de remuneração em produtos que associem qualidade e redução de custos, com potencial de oferecer planos para classes sociais C e D.

Na dimensão: melhorar a qualidade, 100% das unidades de registro se referem ao desempenho assistencial, no sentido de entregar mais qualidade aos beneficiários, bem como impactar positivamente os indicadores de saúde das operadoras.

4.2.2 Tema 2: Percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor

A categoria que compõe esse tema, bem como o objetivo de análise e as perguntas que deram origem aos elementos podem ser visualizadas no quadro 8 abaixo:

Quadro 8 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 2

Tema: Percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor	
Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor e se houve a necessidade de alinhamentos entre setores internos e externos das operadoras de saúde.
Origem dos elementos:	Vamos falar agora especificamente do projeto submetido à ANS. Conte-me um pouco à respeito das etapas pré-submissão? Houve necessidade de alinhamentos internos? Quais áreas foram envolvidas? (explorar se houveram formação de grupos de estudo, treinamento profissional, workshops) / Pensando agora a respeito da necessidade de alinhamentos externos (se houveram). Contem sobre as principais etapas e áreas envolvidas. [caso o entrevistado não mencione, direcionar para a rede credenciada] / Na sua perspectiva, quais os principais fatores que facilitam o processo de transição do modelo <i>fee for service</i> para um modelo baseado em valor na saúde suplementar? / Na sua perspectiva quais os principais fatores que limitam o processo de transição do modelo <i>fee for service</i> para um modelo baseado em valor na saúde suplementar?

Fonte: Própria autora (2021)

No tema percepção dos gestores quanto ao processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor emergiu 1 categoria: processo de construção do projeto.

A categoria e subcategorias bem como a frequência das unidades de registro podem ser visualizadas no quadro 9 abaixo:

Quadro 9 - Percepção dos gestores quanto ao processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor

Processo de construção do projeto									
Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria III	Frequência Unidade de registro	%	%
Dificuldades	29	23%	Prestador de Serviço	15	52%	Negociação	10	67%	
						Mudança de <i>Minsdet</i>	5	33%	
			Gestão da informação	11	13%	Integração da informação com a ANS	11	100%	
			Contratante	13	10%	Repasse do valor financeiro	3	100%	
Alinhamento com prestador	26	21%	Equipe	14	54%	Assistencial	10	71%	
						Administrativo	3	21%	
						Atendimento	1	7%	
			Processo	12	46%	Administrativo	5	42%	
						Negociação	3	25%	
						Assistencial	2	17%	
						Pagamento	1	8%	
Contrato	1	8%							
Percepção quanto ao projeto	26	21%	Percepção positiva	26	100%	Foco no paciente	9	35%	
						Apoio da ANS	6	23%	
						Aproximação dos envolvidos	4	15%	
						Apoio da alta direção	2	8%	
						Feedback positivo da equipe	2	8%	
						Transferência de risco	3	8%	
Necessidades	19	15%	Processos	6	32%	Regulação	3	50%	
						Auditoria	2	33%	
						Parceria	1	17%	
			Cultura	5	26%	Quebra de paradigmas	5	100%	
						Conhecimento	3	60%	
			Pessoas	5	26%	Apoio da alta direção	2	40%	
Investimento Financeiro	3	100%							

Alinhamento interno	9	15%	Equipe	19	100%	Assistencial	8	42%
						Administrativa	1	58%
Facilidades	7	6%	Prestador de Serviço	7	100%	Mudança do modelo	7	100%
Total	26	100%						

Fonte: Própria autora (2021)

Os elementos representados na subcategoria I são: dificuldades (23%), alinhamento com o prestador (21%), percepções quanto ao projeto (21%), necessidades (15%), alinhamento interno (15%) e facilidades (6%).

As dificuldades para a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor, indicada na subcategoria I, estão relacionadas ao prestador de serviço (52%), gestão da informação (38%) e contratantes (10%) indicados na subcategoria II, esses elementos se referem a características de locais ou processos que podem dificultar a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor.

Em relação às dificuldades percebidas com o prestador de serviço, 67% das unidades de registro estão ligadas às questões de negociação. Os gestores percebem resistência da rede credenciada em compartilhar o risco financeiro junto com a operadora de saúde, tornando as negociações complexas e difíceis, sendo necessário um processo de convencimento dos responsáveis pela rede credenciada. Ainda em relação às dificuldades com a rede credenciada, emergiu mudança de modelo mental (*mindset*) que corresponde a 33% das unidades de registro. Percebe-se que na concepção dos gestores, as dificuldades vão além dos termos econômicos, mas sim numa quebra de paradigmas entre modelo atual e novo modelo.

Quanto às dificuldades percebidas com a gestão da informação, 100% das unidades de registro referem-se à integração das informações com a ANS. Os gestores percebem uma necessidade da ANS fomentar uma padronização da informação, por meio do padrão TISS, hoje pautado no FFS

Já as dificuldades com o contratante, 100% das unidades de registro se relacionam aos repasses do valor financeiro. Aqui, vincula-se muito aos projetos cujo modelo de remuneração são *ex-ante*.

O alinhamento com prestador representado na subcategoria I diz respeito aos elementos externos necessários para a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor. São eles: equipe (54%) e processo (46%) indicados na subcategoria II. Em relação à equipe, 71% das unidades de registro são equipes assistenciais, principalmente com os médicos responsáveis pela equipe da rede prestadora, 21% com as equipes administrativas, como a

equipe de auditoria médica e contas médicas e 7% com atendimento, particularmente com a recepção.

Em relação aos elementos ligados aos processos, 42% são administrativos e as unidades de registro referem-se à necessidade de implantação de plataforma nos prestadores para acompanhamento de indicadores tanto de desfechos quanto custos bem como necessidade de capacitação da equipe hospitalar para preenchimento dos dados, outros 25% dos elementos referem-se a negociação e as unidades de registro e relacionam-se a necessidade de se negociar uma integração através de relações contratuais com a rede prestadora, visando garantir um alinhamento de interesse entre as partes; apenas 8% dos elementos referem-se ao pagamento do bônus por *performance* e as unidades de registro referem-se ao atraso das metas atingidas e do pagamento, outros 8% dos elementos referem-se ao contrato e as unidades de registro referem-se a necessidade de um contrato específicos para remuneração baseada em valor, por fim 17% dos elementos referem-se a assistencial, onde as unidades de registro relacionam-se a necessidade de atendimentos antes e após o evento, garantindo o atendimento da linha de cuidado.

A percepção quanto aos projetos da subcategoria I, diz respeito aos efeitos percebidos durante a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor. Aqui emergiram elementos que se referem 100% a percepções positivas. As unidades de registro referem-se ao foco no paciente (35%), no sentido de navegar o paciente dentro da rede de uma forma assertiva, focado em uma abordagem humanizada; apoio da ANS (23%), tanto como na troca de experiências quanto no sentido de trazer peso no reconhecimento dos modelos baseado em valor; aproximação dos envolvidos (15%), principalmente entre operadora e prestador; apoio da alta direção (8%); *feedback* positivo da equipe (8%) e transferência do risco (8%).

As necessidades correspondem às dimensões percebidas pelos gestores que precisam ser melhoradas e/ou trabalhadas para permitir a construção de modelos de remuneração baseado em valor e relacionam-se à necessidade quanto a processos (32%), cultura (26%), pessoas (26%) e investimento (16%).

Em processos, as unidades de registro referem-se à necessidade de processos vinculados à regulação (50%), no sentido de reforçar a regulação assistencial; auditoria (33%), principalmente à auditoria interna; e parceria (17%), no sentido de trabalhar em conjunto com a rede credenciada. Em cultura, 100% das unidades de registro referem-se a quebra de paradigmas para permitir uma remuneração por saúde gerada e não mais por procedimentos por doença; já em relação a pessoas (60%) das unidades referem-se ao conhecimento, no sentido de capacitação profissional desde a assistência até à alta direção e 40% ao apoio da alta direção.

Finalmente 16% dos elementos referem-se a investimentos, sendo que 100% das unidades de registro relacionam-se a elementos financeiros, uma vez que existe um custo operacional para a implantação dos modelos baseado em valor.

Os alinhamentos internos indicados da subcategoria I são necessários para a construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor e 100% dos elementos referem-se à equipe, as unidades citadas são: administrativa (58%) e assistencial (42%).

O quinto elemento apresentado na subcategoria I se refere a facilidades, que são os elementos percebidos como facilitadores para a construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor onde 100% referem-se aos prestadores de serviço e a mudança do modelo, no sentido que, a partir do momento que ocorre o engajamento do prestador, o processo de transição flui de forma mais célere.

4.2.3 Tema 3: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor

As categorias que compõe esse tema, bem como o objetivo de análise e as perguntas que deram origem aos elementos podem ser visualizadas no quadro 10 abaixo:

Quadro 10 - Critério de categorização e origem dos elementos: tema 3

Tema: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto o processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor.
Origem dos elementos:	Como foi o processo do desenvolvimento, implantação e monitoramento dos indicadores centrados no paciente? Como foi o processo de desenvolvimento, implantação e monitoramento dos indicadores de custo? / Há outros indicadores além desse mencionados que estão inclusos no contrato de modelos de remuneração? Como foi feito a seleção deles e quais os principais motivos?

Fonte: Própria autora (2021)

A categoria e subcategorias bem como a frequência das unidades de registro podem ser visualizadas no quadro 11 abaixo:

Quadro 11 - Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor

Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor								
Subcategoria I	Frequência a Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência a Unidade de registro	%	Subcategoria III	Frequência a Unidade de registro	%
Tipo de indicadores definidos	37	73%	Administrativo	27	73%	Procedimentos e internações	11	41%
						Fidelização	7	26%
						Custo Geral	5	19%
						NPS	4	15%
			Assistenciais	10	27%	Qualidade	4	40%
						Jornada Assistencial	4	40%
						Por grupo de diagnóstico	1	10%
						Processo	1	10%
Dificuldades encontrados no processo de mensuração	7	14%	Dados	7	100%	Coleta dos dados	3	43%
						Provar desperdício	2	29%
						Distorção dos dados	2	29%
Necessidade do processo de mensuração	4	8%	Flexibilidade	3	75%	Mudança	2	67%
						Aperfeiçoamento	1	33%
			Mensurar resultado	1	25%	Certificadoras mensurar o resultado	1	100%
Resultado do projeto	3	6%	Percepção	2	67%	Custa menos para a OPS	1	50%
						Todos ganham	1	50%
			Apresentado	1	33%	Positivo	1	100%
Total	51	100%						

Fonte: Própria autora (2021)

A subcategoria I apresenta os elementos mencionados pelos gestores utilizados na construção de projetos de modelos de remuneração baseado em valor: tipo de indicadores

definidos (73%), dificuldades encontradas no processo de mensuração (14%); necessidade do processo de mensuração (8%) e resultados do projeto (6%).

Os tipos de indicadores são subdivididos em duas áreas temáticas: administrativos (73%) e assistenciais (27%). As unidades de contexto dos indicadores administrativo relacionam-se a procedimentos e internações (41%), principalmente no quesito redução desses procedimentos, (redução de idas ao especialista, redução de idas ao pronto-socorro, controle no número de diárias, redução na quantidade de exames); fidelização (26%) refere-se a manter o paciente sob cuidado de um mesmo prestador, evitando atendimentos duplicados; custo geral (19%) refere-se ao custo médio por paciente ou custo médio de um procedimento; e *Net promoter score* (NPS) (15%) trata-se de uma medida de satisfação com o serviço prestado.

Em relação à assistência, 40% dos elementos referem-se a indicadores de qualidade, ligados a qualidade assistencial, entre elas escalas de qualidade de vida, indicadores de protocolos assistencial e sociedades médicas e indicadores que qualidade hospitalar, além daqueles que não foram aferidos mas devem ser ao longo do amadurecimento do projeto como o *Quality-adjusted life-year* (QALY); 40% referem-se a indicadores da jornada assistencial, onde as unidades de registro apontam como uma forma de monitoramento de desperdício; 10% referem-se a grupos diagnósticos, especificamente ao DRG; e 10% a processos, como tempo de agendamento.

Quanto às dificuldades encontradas durante o processo de mensuração, 100% dos elementos estão relacionados aos dados e as unidades de registro à coleta dos dados (43%), onde se percebe uma insegurança quanto à qualidade do dado proveniente do sistema; provar desperdício (29%), no sentido de mensurar o custo-evitado com a implantação do modelo baseado em valor; e distorção dos dados (29%), no sentido de mensurar impactos do modelo baseado em valor nos indicadores hegemônicos do setor.

O terceiro elemento refere-se à necessidade do processo de mensuração, onde 75% se relacionam com a necessidade de flexibilidade e 25% na necessidade de mensurar resultados. Das unidades de registro que se relacionam com flexibilidade 67% dizem respeito a mudança, ou seja, a partir do momento que o projeto vai amadurecendo os indicadores podem sofrer alterações; aperfeiçoamento (33%), também relacionado ao amadurecimento do projeto; em relação a mensurar resultados 100% das unidades de registro dizem respeito à consolidação de certificadoras para mensurar os resultados, principalmente resultados autorreferidos.

O último elemento apresentado na subcategoria I se refere ao resultado do projeto de modelos de remuneração baseado em valor mencionado pelos gestores através dos indicadores selecionados. Os elementos da subcategoria II se referem as percepções dos gestores e aos

elementos apresentados para a operadora. A percepção (67%), está relacionada as unidades de registro da subcategoria III: custo menor percebido para a operadora da saúde (50%) e todos ganham (50%) que possui uma relação ganha-ganha-ganha entre operadora, prestador e beneficiário. já em relação aos elementos apresentados para a operadora (33%), estão relacionados ao impacto positivo nos indicadores (100%).

4.2.4 Tema 4: Percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração

A categoria que compõem esse tema, bem como o objetivo de análise e as perguntas que deram origem aos elementos podem ser visualizadas no quadro 12 abaixo:

Quadro 12 - Critérios de categorização e origem dos elementos: tema 4

Tema: Percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar.
Origem dos elementos:	Na sua perspectiva, quais os principais fatores que facilitam o processo de transição do modelo <i>fee for service</i> para um modelo baseado em valor na saúde suplementar? / Na sua perspectiva quais os principais fatores que limitam o processo de transição do modelo <i>fee for service</i> para um modelo baseado em valor na saúde suplementar?

Fonte: Própria autora (2021)

No tema percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração emergiu 1 categoria: Fatores facilitadores e limitantes. As categorias e subcategorias bem como a frequência das unidades de registro podem ser visualizadas no quadro 13 abaixo:

Quadro 13 - Fatores facilitadores e limitantes

Fatores facilitadores e limitantes								
Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria III	Frequência Unidade de registro	%

Facilitadores	24	51%	Pessoas	12	50%	Profissionais especializados em novos modelos de remuneração	4	33%
						Apoio da alta direção	3	25%
						Apoio do prestador	3	25%
						Envolvimento da Equipe	2	17%
			Processos	12	50%	Parceria	7	58%
						Gestão voltada para a saúde	3	25%
Resultados	2	17%						
Limitadores	23	49%	Prestadores	9	39%	Não apoio do prestador	5	56%
						Medo da perda financeira	2	22%
						Prestador querer apenas lucro	2	22%
			Sistema de informação	7	30%	Dados	7	100 %
			Cultura	4	17%	Culturas Tradicionais	4	100 %
			Pessoas	3	13%	Conhecimento	3	100 %
Total	47	100%						

Fonte: Própria autora (2021)

A subcategoria I apresenta os fatores facilitadores (51%) e limitantes (49%) que correspondem aos elementos mencionados pelos gestores que facilitam ou limitam o processo de transição do FFS para modelos baseados em valor.

As dimensões percebidas pelos gestores consideradas como facilitadoras são: pessoas (50%) e processos (50%) indicados na subcategoria II.

Em relação a pessoas, 33% se referem aos profissionais especializados, no sentido que a contratação de pessoas com conhecimento nos modelos baseado em valor, como consultorias especializadas e/ou investimento na capacitação da equipe facilitam a transição dos modelos, o apoio da alta direção (25%) é considerado fundamental na perspectiva dos gestores no sentido de compreender que muitos resultados serão percebidos a médio-longo prazo, em particular aqueles relacionados à economicidade. O apoio do prestador também aparece com 25% e envolvimento da equipe aparece com 17%.

As unidades de registro que se relacionam com processos são: parceria (58%) no sentido de buscar processos de construção de parcerias transparentes, criando relacionamento de confiança entre prestador e operadora; gestão voltada para a saúde (25%), descaracterizando

uma gestão exclusivamente financeira e resultados (17%), onde resultados positivos permite otimizar a transição entre os modelos.

As dimensões percebidas pelos gestores consideradas como limitadoras são: prestadores (39%), sistema de informação (30%); cultura (17%) e pessoas (13%) indicados na subcategoria II.

As unidades de registro que se relacionam com prestadores foi o não apoio do prestador (56%) onde os gestores percebem que se o prestador não tem conhecimento e estrutura, a inserção de modelos baseado em valor não são desenvolvidos; medo da perda financeira (22%) uma vez que o modelo atual não remunera resultado gerando uma insegurança por parte do prestador; e prestador querer apenas o lucro (22%), enfatizando o conflito de interesse causado pelo FFS.

Em relação ao sistema de informação, 100% das unidades de registro relacionam-se com os dados, onde os gestores percebem que os dados habitualmente coletados e monitorados não são suficientes para a implantação de modelos de remuneração baseado em valor, havendo necessidade de sistemas estruturados para esses modelos.

Quanto à cultura, 100% das unidades de registro relacionam-se com culturas tradicionais, onde o FFS já está estruturado e consolidado e modelos considerados inovadores não são vistos oportunidades para o setor.

Já em relação às pessoas 100% das unidades de registro relacionam-se com conhecimento, onde os gestores percebem que sem entendimento dos modelos baseado em valor e seus impactos nos indicadores por todos os atores envolvidos, não haverá transição.

4.2.5 Tema 5: Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor

As categorias que compõem esse tema, bem como o objetivo de análise e as perguntas que deram origem aos elementos podem ser visualizadas no quadro 14 abaixo:

Quadro 14 - Critério de categorização e origem dos elementos: tema 5

Tema: Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos gestores quanto a Intenção de escalabilidade do projeto para outras patologias e/ou linhas de cuidado.
Origem dos elementos:	Na sua percepção, os modelos de remuneração serão escaláveis? Há alguma condição de saúde onde já existe planejamento para implementação?

Fonte: Própria autora (2021)

No tema escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor emergiram 2 categorias: escalável e não escalável.

As categoria e subcategorias bem como a frequência nas unidades de registro podem ser visualizadas no quadro 15 abaixo:

Quadro 15 - Escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor

Categorias	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Escalável	18	90%	Instituições com maior potencial de escalabilidade	8	44%	Verticalizadas	3	38%
						Grandes operadoras	3	38%
						Hospitais Visionários	1	13%
						Diagnósticos	1	13%
			Prazo de escalabilidade	5	28%	Médio-longo prazo	5	100%
			Motivos para escalar	3	17%	Pressão do mercado	3	100%
Condições para escalar	2	11%	Gestão da informação	2	100%			
Não escalável	2	10%	Força do modelo atual	2	100%			
Total	20	100%						

Fonte: Própria autora (2021)

A categoria escalável corresponde aos elementos que se referem ao potencial de escalabilidade de projetos de remuneração baseado em valor; nela emergiram 4 subcategorias: instituições com potencial de escalabilidade (44%), prazo de escalabilidade (28%), motivos para escalar (17%) e condições para escalar (11%).

Das unidades de registro que se relacionam com as instituições com maior potencial de escalabilidade, 38% referem-se às verticalizadas, 38% as grandes operadoras, 13% aos

hospitais visionários e 13% a diagnósticos. Sobre o termo visionário, destaca-se que optou-se por utilizar o termo do entrevistado, referindo-se aos hospitais considerados os melhores do Brasil.

Em relação ao prazo de escalabilidade 100% das unidades de registro relacionam-se com médio-longo prazo, sendo que na percepção dos gestores envolve um período de 5 a 10 anos.

Em relação aos motivos para escalar 100% das unidades de registro relacionam-se com pressão do mercado, envolvendo clientes, sustentabilidade e necessidade de aumento do *market share* do setor.

Em relação as condições para escalar, 100% das unidades de registro relacionam-se com gestão da informação, mais especificamente a sistemas voltados para gestão dos modelos baseado em valor.

A categoria não escalável corresponde aos elementos que inferem características do setor suplementar que não permitirão a escalabilidade de projetos de modelos de remuneração baseado em valor; nela emergiu 1 subcategoria forças do modelo atual (100% dos elementos), sendo essa causa o fará com que o FFS continue sendo o modelo hegemônico no setor suplementar.

5 DISCUSSÃO

Nesse capítulo, são apresentadas a análise e discussão dos resultados a partir de uma visão crítica sobre a percepção de uma amostra dos gestores das operadoras de saúde que participaram do projeto piloto “Modelos de Remuneração Baseado em Valor” da ANS. As análises visam responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Qual a percepção dos gestores acerca do processo de transição do FFS para o pagamento por valor? Como esses modelos vêm sendo construídos na prática?”

As análises foram derivadas dos 5 temas que emergiram das entrevistas, bem como do grupo focal realizado com a ANS. Embora as categorias e subcategorias que emergiram nos temas se sobreponham em conteúdo, esses temas foram escolhidos como ponto de partida uma vez que estes estão diretamente correlacionados com os objetivos propostos.

No tema 1: motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração, procurou-se identificar as reais motivações dos gestores para mudar o modelo de remuneração FFS para modelos baseado em valor. A maioria dos elementos referidos pelos entrevistados estão relacionados às fraquezas do FFS (58%), com destaque para as unidades de registro relacionadas ao impacto financeiro negativo do modelo (55%). Esse dado é validado pelo

estudo de Francisquini (2020) que realizou uma pesquisa com os líderes hospitalares, demonstrado que, assim como os gestores das operadoras de saúde, eles também possuem a compreensão dos impactos negativos do sistema FFS. Contudo, os elementos mais referidos pelos líderes hospitalares estavam associados ao uso distorcido do modelo, diferentemente dos resultados desse estudo que demonstram que os gestores das operadoras de saúde utilizaram com mais frequência elementos associados ao impacto financeiro. (FRANCISQUINI, 2020).

Importante ressaltar que nas menções sobre o impacto negativo financeiro do FFS a maioria dos elementos referem-se ao desperdício (56%), onde há uma associação do modelo a uma sobreutilização dos recursos disponíveis, agravando um setor que já trabalha com recursos financeiros escassos. Castilho *et al* (2011) ressalta que o desperdício está diretamente atrelado ao desenvolvimento de ações que não favorecem e não agregam valor ao produto ou serviços produzidos, mas sim custos e despesas desnecessárias sem que a necessidade do cliente seja efetivamente satisfeita. Assim, mesmo que os elementos das entrevistas apontem para preocupação financeira, as fraquezas do FFS também podem impactar negativamente na qualidade assistencial prestada, mesmo que seja na ausência de sua mensuração.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019a) aponta diversas desvantagens do FFS, bem como potenciais modulações para a correção do modelo, conforme quadro 16 abaixo:

Quadro 16 - Desvantagens e possíveis modulações para o FFS

Desvantagens	Modulação para correção de limitações
<p>Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados;</p> <p>Sobreutilização de serviços, principalmente os de remuneração superior;</p> <p>Valores pagos frequentemente inferiores ao custo para a execução de cuidados apropriados de alta qualidade;</p> <p>Não realiza pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos e de educação em saúde;</p> <p>Dificulta a estimativa de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores;</p> <p>Contribui para a alta variabilidade da prática clínica;</p> <p>O modelo pode contribuir para gastos com saúde mais altos do que o necessário e para a qualidade e resultados do cuidado abaixo do desejável</p>	<p>Utilização do modelo em casos específicos, como por exemplo, pagamento de consultas com especialistas;</p> <p>Adicionar pagamento por desempenho, para buscar maior garantia de resultados e qualidade da assistência;</p> <p>Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para os procedimentos;</p> <p>Integração da rede assistencial.</p>

Fonte: Adaptado de AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2019a)

Observa-se que as modulações propostas dizem respeito a restringir o uso do modelo a casos específicos e trabalhar pontos que são inerentes à proposta teórica dos modelos baseado em valor. Alguns estudos demonstram resultados positivos dos modelos baseado em valor justamente no sentido de reduzir custos, como o de Barnett *et al* (2019) que apresenta os

resultados da implantação do *bundle* na substituição do quadril ou joelho e demonstrou que houve redução dos gastos em saúde sem aumento das taxas de complicações.

Os resultados da presente pesquisa demonstram que preocupações financeiras com o setor permeiam todas as outras subcategorias: os benefícios dos pagamentos baseado em valor (14%), onde as unidades de registro apontam para os benefícios financeiros (100%) e as necessidades do setor (14%), onde as unidades de registros apontam para a melhoria da situação financeira (71%).

Apesar de os resultados apresentarem uma divergência do que tange a literatura sobre valor em saúde, onde o elemento central das discussões é alcançar alto valor para o paciente. (AGRWAL *et al.*, 2016) não se pode deixar de relacionar os resultados das expectativas financeiras com a função primordial da fonte pagadora: repassar a captação financeira aos fornecedores de tecnologias e serviços, e diluir os riscos, mantendo a solvência na linha de base e obtendo um resultado financeiro saudável. (PEDROSO; MALIK, 2012; AGRWAL *et al.*, 2016).

Em contrapartida, existem iniciativas que colocam as operadoras de saúde como gestoras na promoção da qualidade assistencial. (OLIVEIRA, 2017). Segundo a Resolução Normativa nº 386 de 2015 que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras em seu artigo 3º destaca que: “A [...] ANS, na implementação da política de qualificação das operadoras propõe-se a [...] incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde”. (BRASIL, 2015, p.1).

Tal premissa é percebida pelos gestores, tanto que na subcategoria necessidades do setor, impactos na melhoria da qualidade, especificamente da qualidade assistencial, foram mencionados. Tais elementos surgiram da perspectiva dos gestores de deixar de remunerar por volume para remunerar por qualidade, condicionando o aumento da receita do prestador ao aumento da qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, pagar melhor por serviços de alta qualidade substitui a competição de soma zero para uma competição baseada em valor, onde qualidade e inovação começam a ser recompensados. (PORTER; LARSSON; LEE, 2016).

Quando questionados sobre a motivação para inscreverem seus projetos na ANS, 50% dos elementos referem-se às unidades de registro sobre as expectativas de suporte, tanto de seus pares, quanto da ANS. Os resultados indicam que, apesar de sensíveis à necessidade de mudança, há certo desconhecimento sobre o processo operacional da transição, levando os gestores a buscar não apenas referências teóricas sobre o tema, mas também experiências práticas dentro do setor no qual estão inseridos. Observou-se que a proposta da ANS da realização das oficinas virtuais de aprendizagem voltadas para viabilizar a troca de experiências

e para a aprendizagem colaborativa entre as operados participantes durante o projeto, foi percebida como um importante fator positivo do projeto.

No tema 2: percepção dos gestores quanto o processo de construção do projeto de modelos de remuneração baseado em valor buscou-se identificar como se deu o processo de construção do projeto e se houve a necessidade de alinhamentos internos e externos das operadoras de saúde.

Chama a atenção os elementos que surgiram referenciando-se aos alinhamentos com os prestadores, tanto nas subcategorias dificuldades, alinhamentos com o prestador e necessidades.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019a), destaca a resistência dos prestadores de serviço em relação aos modelos diferenciados de pagamentos como um desafio para a implementação de modelos de remuneração baseado em valor. De fato, os entrevistados demonstram que a transferência de risco é uma preocupação dos prestadores de serviço. Tal resultado é similar ao resultado encontrado no estudo de Francisquini (2020) que apontou para a preocupação dos líderes hospitalares acerca do risco financeiro que o hospital deve assumir nos contratos de *Value Based Health Care* (VBHC).

Pagar por volume exige não apenas uma mudança na fonte pagadora. Ela exige uma mudança na forma como os prestadores se comportam. Essa mudança de comportamento pode começar com a mudança dos modelos de remuneração. (MAYES, 2011).

Zejdlova (2012) aponta que trabalhar com incentivos justos e equitativos, através da melhoria progressiva da qualidade ou cumprimento de metas com critérios de elegibilidade para o incentivo financeiro é uma estratégia válida para alcançar a adesão dos médicos e hospitais.

Quando os prestadores se tornam responsáveis por desfechos e custos e passam a receber por valor, contratos de compra entre fornecedores de tecnologias de saúde e os prestadores precisam, também, de uma mudança de modelo, onde o fornecedor também entra no risco financeiro, responsabilizando-se pelo valor que suas tecnologias estão gerando para o paciente. Ao invés da negociação com fornecedor ficar atrelada unicamente a preço e volume, estes contratos de compra devem, no mínimo incluir termos relacionados a desfecho e custos relacionados ao desempenho das tecnologias. (VEGHEL *et al.*, 2021). Nessa situação aparecem os contratos denominados compartilhamento de risco ou acordos de partilha de risco no qual a fonte pagadora concorda com a incorporação temporária de uma nova tecnologia enquanto o fornecedor aceita receber pelo produto um preço que será determinado conforme o desempenho em condições reais de uso. (CURI, 2014).

Outra alternativa é o desenvolvimento de modelos estatísticos, visando um ajuste de risco baseado em características populacionais. Há um consenso crescente que o ajuste de risco

é uma estratégia sensata em ambiente de cuidados gerenciados, apesar de não haver consenso em como tal estratégia seria aplicada. (MADDEN *et al.*, 2000). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019) considera adotar o ajuste de risco para proteger os prestadores de serviços no modelo de remuneração *capitation*. Nos hospitais, temos o DRG como um sistema de classificação de pacientes, subsidiando a gestão clínica e econômica.

A literatura aponta que o pagador deve ir além da responsabilidade do reembolso dos cuidados e mudança do modelo, deve atuar como incentivador da integração e coordenação do cuidado além da prevenção e promoção da saúde (AGRWAL *et al.*, 2016). Nesse sentido, os resultados da pesquisa permitiram a descoberta de estratégias interessantes na construção dos modelos de remuneração baseado em valor. Para o alinhamento de interesses surgiu o termo *payvider* (do inglês *provider* e *payer*), através de uma verticalização por contrato. A escolha pela verticalização possibilita as instituições um maior domínio sobre diferentes etapas viabilizando, dessa forma, uma maior eficiência na coordenação e gerenciamento dos processos. (SILVA, 2009). Segundo os gestores, essa contratualização permite a aplicação prática do conceito de *sharing saving*, onde a economia gerada é dividida entre a operadora e os prestadores de serviço, mediante desfechos pré-acordados, porém acordados pelos sistemas de saúde. Outra estratégia mencionada diz respeito à escolha de prestadores estratégicos e conceituados no mercado, onde, mesmo que o plano do beneficiário não contemple aquele prestador, ele tem direito de ser cuidado por ele, caso aceite. Assim, todos os beneficiários são encaminhados para um prestador que está recebendo por valor e considerado *premium* pelos beneficiários.

Quando questionados sobre os alinhamentos internos, 100% dos elementos referiam-se à equipe, com ênfase na equipe administrativa (58%), principalmente aos núcleos ou departamentos envolvidos. Percebe-se uma necessidade de envolvimento intersetorial (setores de relacionamento com a rede prestadora, auditoria, tecnologia da informação e gestão de sinistros). Em alinhamentos internos também emergiu um elemento que foi categorizado em dificuldade: a gestão da informação, particularmente no envio dos dados das operadoras de saúde para a ANS. A fala dos gestores enfatiza que até o momento, o envio das informações via código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) estão estruturadas para receber informações no modelo FFS, e há uma certa insegurança em como enviar essas informações de forma adequada e sem prejudicar os indicadores do índice de desenvolvimento dos indicadores da saúde suplementar (IDSS) do programa de qualificação das operadoras de saúde.

Para a implantação de modelos baseado em valor é necessário o uso de sistemas de informação qualificados para sucesso dos projetos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a). Nas entrevistas, destacou-se que tais sistemas não devem apenas estar centrados no acompanhamento de indicadores de qualidade, infraestrutura e processo, mas também para a mensuração de custos e contabilização e comunicação de tais informações para a ANS através do sistema de codificação padrão TISS. Uma das estratégias consideradas chaves para o sucesso na implantação de novos modelos de remuneração utilizada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos foi o alinhamento de práticas de tecnologia da informação entre os atores do sistema. (AYVACI *et al.*, 2021).

A ANS também emergiu na subcategoria necessidades, particularmente dos processos de regulação e parceria. Salienta-se que a Agência foi instituída como instância de regulação do setor, com autonomia financeira e decisória e assemelhando-se às demais agências reguladoras. (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Dentre as regulações assistenciais destacam-se o Rol de procedimento e cobertura assistencial, projetos de qualificação das operadoras de saúde e projetos de promoção à saúde de prevenção de doenças, além do projeto de novos modelos de remuneração, foco do presente trabalho. Santos, Ugá e Porto (2008) ressaltam a importância da ANS frente ao desafio de buscar a mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar, superando a fragmentação da linha do cuidado, garantindo-se a sua integralidade do atendimento, conceitos alinhados com a proposta de valor em saúde.

No tema processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseado em valor, procuramos saber como foi o processo de definição dos indicadores do projeto. A maioria dos elementos referem-se aos tipos de indicadores (73%). Na subcategoria II temos os tipos de indicadores subdivididos nas áreas temáticas citadas pelos gestores, sendo que 73% estão relacionadas a indicadores administrativos e 27% à indicadores assistenciais. Na subcategoria III estão elencadas as métricas que são, ou deveriam ser acompanhadas nos projetos de modelos de remuneração baseado em valor: procedimentos e internações (41%), fidelização (26%), custo geral (19%) e NPS (15%).

Os indicadores em saúde, particularmente aqueles relacionados à qualidade dos serviços prestados, são considerados instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado. Além disso, a utilização dos indicadores para medir o desempenho e a performance hospitalar tornou-se prática padrão nos últimos anos. (BAO, 2019). Quando colocado na perspectiva de modelos de remuneração baseado em valor, identificar e mensurar indicadores de desempenho confiáveis e que refletem a qualidade dos prestadores é um desafio, mas parece consenso que tais indicadores devem refletir os resultados em saúde. A principal limitação das

medidas de desempenho com base nos resultados de saúde é que elas podem refletir a combinação de casos de pacientes que vão além da qualidade hospitalar. (LISI; SICILIANI; STRAUME, 2020).

Importante destacar os indicadores citados nas entrevistas: indicadores de qualidade hospitalar, desfechos clínicos relacionados às linhas de cuidados, monitoramento da jornada assistencial, número de consultas com os especialistas, números de idas ao pronto socorro, número de solicitação de exames, taxa de internação, número de diárias excedidas, NPS, custo médio do paciente e custo médio do evento em saúde.

Até o momento não existe consenso na literatura em relação a quais métricas devem ser utilizadas para mensuração de desfechos e custos. Nesse contexto, surgiu o *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) que foi criado no intuito de responder ao desafio de delinear conjuntos mínimos de desfechos padronizados e fatores de risco, via um processo estruturado. (GUSMÃO, 2021). Apesar de ser uma metodologia difundida para mensuração de resultados em saúde e alinhada ao conceito de valor, os indicadores da ICHOM, não são utilizados na aplicação prática. Observa-se que, para os gestores, a coleta de desfechos através dos questionários da ICHOM são difíceis, pois exigem treinamento específico dos profissionais responsáveis pela coleta, além de serem longos e caros. Quando os questionários são autorreferidos há dificuldades de os beneficiários preencherem na sua integralidade. Dessa forma, os gestores optam por utilizar escalas de qualidade de vida mais simples, porém consensuadas entre sociedades médicas, por exemplo.

A fidelização aparece como um indicador voltado à mensuração de atributos relacionados diretamente ao paciente. Vale ressaltar que o paciente, no caso, o cliente final, é o proponente da demanda e o destinatário do serviço. Nesse sentido a criação e a entrega de valor levam a relacionamentos comerciais bem estabelecidos por meio da satisfação, lealdade e retenção do cliente, e conseqüentemente à fidelização. (MIAO, 2020).

Na perspectiva dos gestores, a fidelização está vinculada ao cumprimento do plano de cuidado em um prestador específico, no qual existe uma contratualização. Por exemplo, na negociação por *bundles* com sessões de fisioterapia procura-se monitorar se o paciente está fazendo o plano de cuidado naquele prestador que está sendo remunerado para tal.

Como o pilar do valor em saúde é o resultado para os pacientes, mensurar e monitorar fidelização apenas faz sentido se pensarmos numa relação entre fidelização e valor. Nesse sentido, Bentum-Micah (2020) reflete que parece haver uma relação positiva entre qualidade do serviço prestado e satisfação do paciente, sendo que esta satisfação afeta significativamente as intenções de recompra, e fidelização bem como a comunicação boca a boca.

Já em relação a indicadores de custo, surgiram elementos que permitiram sua categorização em indicadores administrativos e em dificuldades encontradas no processo de mensuração, particularmente no quesito de provar o desperdício gerado pelo modelo de remuneração FFS.

No setor saúde, a percepção de custo está muito vinculada ao olhar do pagador, por exemplo, em uma operadora de saúde, custo é o que se paga ao prestador de serviço em função de um cuidado oferecido ao beneficiário, enquanto para o prestador pode ser o que ele gasta com a folha de pagamento de seus colaboradores. (OGATA, 2021). Mesmo esta pesquisa tendo como foco a percepção das operadoras de saúde, percebe-se divergências entre os gestores sobre o que seria uma métrica adequada da aferição de custo e sobre como ele deve ser mesurado.

Observa-se que, para os gestores das operadoras de saúde, no primeiro momento, o custo é monitorado por meio de procedimentos ou eventos evitados ou reduzidos e não em valor monetário, como redução as complicações e redução de idas ao pronto socorro e reinternação, por exemplo.

A variabilidade dos indicadores percebidos nessa pesquisa faz refletir quando haverá comparabilidade entre os indicadores dos diversos prestadores de saúde. Percebe-se que o trabalho com indicadores é inerente à saúde suplementar, inclusive à ANS. Desde 2005, com a implantação da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, a agência busca incentivar as operadoras a atuarem como gestoras de saúde. (OLIVEIRA, 2017), por meio de melhoria de alguns indicadores, inclusive assistenciais. Assim como o IDSS, fomentar indicadores padrão para otimizar projetos baseado em valor e permitir comparabilidade dos resultados parece ser uma iniciativa válida.

Os resultados encontrados também apontam que o processo de definição dos indicadores não é rígido, indicando que ao longo do amadurecimento do projeto, houve mudanças e aperfeiçoamento dos indicadores, sempre acordados entre a operadora de saúde e o prestador de serviço. Muitas vezes, os indicadores precisam ser coletados e pilotados para depois serem definidas as metas. Mas observa-se, que a definição e o monitoramento dos indicadores estão muito voltados como responsabilidade do prestador de serviço e, como se dará esse fluxo de informações deve estar pactuado nos contratos, uma vez que se trata de dados sensíveis.

No tema 3, percepção dos gestores quanto os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração, buscou-se identificar quais foram os fatores facilitadores e limitantes para a transição entre os modelos de remuneração. Nesse tema, 51% dos elementos referiam-se a fatores facilitadores, elencados da subcategoria II pessoas (50%) e processos (50%). Da subcategoria II pessoas, emergiram elementos que se referiam à

necessidade de profissionais especializados, apoio da alta gestão da operadora, apoio do prestador e envolvimento da equipe.

Os sistemas de atenção à saúde apresentam uma série de características próprias que os tornam singulares em relação a outros sistemas econômicos e sociais. Sem entender essas singularidades, torna-se difícil fazer a governança eficaz desses sistemas. (MENDES, 2019). Assim, as organizações de saúde dependem fortemente do conhecimento profissional para efetivamente integrar e analisar procedimentos clínicos, prescrições, faturamento, cadeias de abastecimento e relações com os pacientes, dentro e através das fronteiras organizacionais. Para uma gestão adequada, faz-se necessária a gestão do conhecimento que visa o processo de criação de valor a partir de recursos de conhecimento nas organizações de saúde. (WU; HU, 2012).

Tais premissas são verdadeiras para o setor saúde em sua amplitude, e particularmente para modelos baseado em valor. O potencial de aprendizagem, bem como a taxa de adoção das melhores práticas torna-se muito maior quando os resultados em saúde são usados para "promover a aprendizagem" entre os atores a nível nacional ou internacional. (VAN DER NAT *et al.*, 2020). As entrevistas deixam claro que os gestores percebem que a gestão do conhecimento impacta positivamente na construção e condução adequada de projetos para a transição de modelos de remuneração. Tais conhecimentos devem transcender as fontes pagadoras e chegar aos prestadores e a todas as equipes envolvidas, tanto assistenciais quanto administrativas. Nesse sentido, a alta gestão é importante, não apenas como mantenedora dos projetos, mas promovendo a capacitação das equipes. Os dados da pesquisa apontam que visando preencher a lacuna de conhecimento, os gestores vêm desenvolvendo estratégias como o investimento em capacitação, contratação de consultorias especializadas e implantação de setores inovadores para tratar da transição dos modelos.

Ainda em relação aos fatores facilitadores, na subcategoria II processos, emergiram elementos relacionados a criação de parcerias (58%), gestão voltada para a saúde (25%) e resultados (17%).

Os entrevistados apontam que parceria deve ser construída com transparência e confiança, principalmente com o prestador de serviço, reforçando quão importante é o relacionamento operadora-prestador. A transparência estimula a melhoria da qualidade e permite que os profissionais envolvidos entrem em contato uns com os outros para discutir os desempenhos dos resultados alcançados. (VAN DER NAT *et al.*, 2020).

Miller (2017) ressalta que durante o período de transição dos modelos pode-se trabalhar primeiramente com flexibilidade e incentivos para fomentar melhoria dos resultados e depois ajustar as metas de desempenho, procurando um trabalho conjunto.

A gestão voltada para a saúde trata-se de contratação de profissionais da saúde na gestão, visando uma balança equilibrada entre fator econômico e valor em saúde. A movimentação atual do mercado, principalmente fusões e aquisições na saúde suplementar pode gerar um risco potencial de perda para a assistência de qualidade ao beneficiário, uma vez que na perspectiva dos gestores, haverá uma administração fortemente voltada a indicadores econômico-financeiros.

Demonstrar resultados também emergiu como fator facilitador. A partir do momento em que se implanta um projeto e ele demonstra impacto positivo nos indicadores, a negociação para expansão do projeto ou novos projetos são mais aceitas entre os setores envolvidos, além de fomentar uma curva de aprendizagem entre os gestores.

Entre os fatores limitadores que emergiram durante as entrevistas, 39% dos elementos estão relacionados aos prestadores, 30% aos sistemas de informação, 17% a cultura e 13% as pessoas.

Tais resultados demonstram sinergia com os resultados do tema 2 processo de construção do projeto na subcategoria dificuldades quanto aos prestadores de serviço e gestão da informação.

Observa-se que os prestadores são considerados limitantes quando sua estrutura está focada exclusivamente em perspectivas econômicas, como na rentabilidade dos procedimentos e/ou serviços, mesmo porque, nos modelos baseado em valor o que geralmente é fonte de receita vira custo operacional, portanto a análise econômica deve ser estruturada sob outra ótica. Os resultados demonstram que os gestores percebem que uma forma seria utilizar as informações de custo-efetividade ou custo-utilidade com os dados dos prestadores, visando uma avaliação do que é mais econômico ao longo do tempo e não procedimentos ou protocolos com menor ônus em curto prazo.

A gestão da informação é limitadora no quesito de trabalhar com dados estruturados de tal forma que estes sejam confiáveis para a mensuração dos resultados em saúde. Percebe-se que os gestores consideram que os sistemas de informação que estão disponíveis no mercado, tanto nas operadoras de saúde quanto nos prestadores, são estruturados para fornecer dados de faturamento e contas médicas sendo, portanto, ineficientes para a gestão por *performance* ou por valor.

A subcategoria cultura está relacionada com culturas tradicionais, onde o FFS é predominante. Ainda que os sistemas de saúde mundiais utilizem cada vez mais sistemas de remuneração mistos, na saúde suplementar ainda são considerados modelos hegemônicos de remuneração os que estão voltados para o volume: o FFS no cuidado ambulatorial e especialidades e o pagamento por diárias, na atenção hospitalar. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019a).

As pessoas são vistas como fator limitante no sentido imediatamente oposto quando são mencionadas como fatores facilitadores: no quesito conhecimento.

No tema 4 escalabilidade dos modelos de remuneração baseado em valor, buscou-se compreender as intenções de escalabilidade do projeto para outras patologias e linhas de cuidado. Nesse tema emergiram 2 categorias: escalável, referindo-se a 90% dos elementos e não escalável (10%), mas não dos projetos submetidos à ANS, mas sim da remuneração baseada em valor no âmbito do setor suplementar.

Em relação a categoria escalável, surgiram elementos que se referenciavam às instituições com maior potencial de escalabilidade (44%), com destaque para as operadoras verticalizadas (38%), as grandes operadoras (38%); e em menor número os hospitais visionários (13%) e diagnósticos (13%).

A verticalização é vista com um bom local para promover ganho de escala dos modelos de remuneração baseado em valor, por eliminar ou pelo menos minimizar a negociação com o prestador. Tal fato pode ser ressaltado quando correlacionamos com os resultados da categoria construção do projeto, onde o prestador de serviço encontra-se na subcategoria dificuldade e na categoria fatores facilitadores e limitantes, onde o prestador aparece na subcategoria limitadores. Outra percepção importante, diz respeito à capacidade de integração das informações das operadoras verticalizadas em relação às não verticalizadas.

Algumas operadoras optam por verticalizar sua estrutura visando autonomia e maior controle sobre custos assistenciais visando a sustentabilidade do negócio. (SOUZA, 2010). Alterar o modelo de remuneração parece só fazer sentido se realmente houver controle de desfechos e qualidade dos prestadores de serviço, inclusive para gerar competitividade com outros prestadores. As grandes operadoras também são percebidas pela sua maior capacidade de negociação com prestadores e por capacidade de investimento em inovação.

Para gerenciar essa demanda por alta qualidade, tratamentos com foco no paciente e a custo acessíveis exigem cuidados de saúde integrados e investimento em tecnologia de informação. (BLOCK, 2013). Corroborando com essa premissa, a tecnologia na informação parece ser prerrogativa *sine qua non* para promover condição de escalabilidade.

Vale ressaltar que os projetos aprovados pela ANS são de operadoras de grande e médio porte, mas, em relação aos projetos exclusivos na estrutura verticalizada, nessa pesquisa eles estes ficaram restritos aos projetos de atenção primária em saúde.

Francisquini (2020) ressalta que antes de implantar o modelo de pagamento é necessário que os hospitais desenvolvam um caminho para a excelência na sua área de serviço, corroborando com a ideia de escalonamento em hospitais visionários citados pelos gestores. Assim, deve-se ressaltar o papel das fontes pagadores e da própria ANS nesse processo de mudança, estimulando a rede credenciada nesse processo de transição.

Em relação ao prazo, todos os elementos referiram-se a uma escalabilidade de médio a longo prazo e o principal motivo para a escalabilidade estão relacionadas às questões do mercado suplementar – sustentabilidade do setor, crescimento do setor e pressão pela entrega de qualidade.

Mesmo nas melhores organizações, qualquer mudança é lenta, dolorosa, difícil e incerta e no setor da saúde não é diferente. No entanto, sem mudança, o caminho atual para a prestação de cuidados de saúde permanecerá constante. (BLOCK, 2013).

Importante ressaltar que não surgiram elementos relacionados às linhas de cuidados com potencial de escalabilidade.

6 CONCLUSÕES

A temática valor em saúde é recorrentemente apresentada como uma alternativa para melhora da assistência da saúde e da sustentabilidade do setor suplementar brasileiro, inclusive pela própria ANS. Considerando-se que haja uma expectativa de que modelos de pagamento baseado em valor predomine nos sistemas de saúde, lançamos luz sobre os aspectos práticos percebidos pelos entrevistados dessa pesquisa, uma vez que todos vivenciaram a transição do FFS para um modelo baseado em valor.

Percebe-se que os gestores são sensíveis as fraquezas do FFS e a seus impactos negativos no setor, sejam eles financeiros ou assistenciais. Inclusive, são as fraquezas do FFS que emergiram como o principal motivador para a transição entre os modelos.

O processo de construção vem permeado de dificuldades, principalmente nos aspectos de negociação com a rede prestadora e com a gestão da informação. Nesse ponto, essa pesquisa aponta para a relevância dos hospitais que vem trabalhando na coleta de desfechos, e como estes podem se engajar no pioneirismo de desenvolver projetos baseado em valor.

Nessa pesquisa, os setores internos envolvidos nos projetos de novos modelos de remuneração incluem setores de relacionamento com a rede prestadora, auditoria, tecnologia da informação e gestão de sinistros, sugerindo um caráter multidisciplinar e intersetorial.

Em relação ao processo de definição dos indicadores, observa-se que não há consenso, e que tal processo exige testar os indicadores até chegar naqueles considerados ótimos. Há uma clara dificuldade de mensurar os desfechos centrados no paciente e os indicadores de custo estão limitados a redução de procedimentos assistenciais. Destaca-se que não emergiram elementos sobre a comparabilidade entre prestadores, nem tampouco se há intenção das operadoras de fazerem essa comparabilidade.

Profissionais especializados em modelos baseado em valor, tanto nos prestadores quanto nas operadoras, sistemas de informação voltados para a gestão desses novos modelos e apoio da alta direção são facilitadores importantes para a transição entre modelos; prestadores ainda limitados a discutir rentabilidade e sistemas de informação são limitadores importantes.

Apesar as dificuldades percebidas, os gestores das operadoras de saúde entrevistados nessa pesquisa acreditam no potencial de escalabilidade do modelo na saúde suplementar.

Embora a pesquisa tenha focado em uma amostra limitada, os profissionais entrevistados tiveram experiência no processo de transição do FFS para um modelo de pagamento baseado em valor. Dessa forma, a pesquisa permitiu conhecer a perspectiva prática da transição, perpassando por áreas sensíveis, como negociação e indicadores.

A principal limitação da presente pesquisa relaciona-se a metodologia qualitativa e seu caráter subjetivo e não generalizado. A subjetividade é percebida no sentido de trazer as impressões e perspectivas dos gestores sobre o processo de transição do modelo de remuneração para modelos baseado em valor, não sendo avaliado o resultado do projeto per se. A generalização está relacionada ao tamanho e as características da amostra, limitados a uma percepção dos gestores que estavam inseridos nas operadoras de saúde durante o projeto.

Mais pesquisas são necessárias para explorar o processo de transição do modelo FFS para modelos baseado em valor e as práticas desse processo, uma vez que se trata de uma proposta, no mínimo controversa em relação ao modelo hegemônico praticado atualmente, além disso, seriam enriquecedoras futuras pesquisas envolvendo gestores hospitalares e pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABICALAFFE, C.; SCHAFER, F. Opportunities and Challenges of Value-Based Health Care: how Brazil Can Learn from U.S. Experience. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, [s. l.], v. 26, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.jmcp.org/doi/pdf/10.18553/jmcp.2020.26.9.1172>. Acesso em: 14 jun.2021.
- ANDREAZZI, M.F.S de. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. p. 35. (Texto para discussão, n.1006). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1851>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro, p. 86, 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/4995- guia-da-ans-orienta-sobre-remuneracao-de-prestadores-2>. Acesso em: 07 mai. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor**, 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>. Acesso em: 20 jun.2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Boletim Covid-19: saúde suplementar: setembro 2021**, [s. l.], v.1, n.17. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/BoletimCOVID19ANS_2021Setembro.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.
- AGRWAL, N *et al.* Value in health care. In: SKOCHELAK, S.E *et al* (ed.) **Health systems science**. Chicago: Elsevier. 2016.
- AYVACI, M. *et al.* Designing Payment Contracts for Healthcare Services to Induce Information Sharing: the adoption and the value of health information exchanges (HIEs). **MIS Quarterly**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 637–692, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25300/misq/2021/14809>. Acesso em: 21 set. 2021.
- BAO, A.C.P. *et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2019;72(2):377-84.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARNETT, M.L *et al.* Two-Year Evaluation of Mandatory Bundled Payments for Joint Replacement. **N Engl J Med**, [s. l.], v. 380, n.3 p.252–262, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1809010>. Acesso em 10 mai.2021.
- BENTUM-MICAH, G.; WANG, W. Towards an Improved Health Service Quality Delivery and Patient Loyalty: Does Satisfaction Really Matter? **International Journal of Management, Accounting and Economics**. Vol. 7, No. 4, April, 2020.
- BERENSTEIN, C. K.; PIMENTEL, R. G V. S.; BRAGA, A. G. O envelhecimento populacional e a (in) sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 21, 2018, **Anais [...]** [s. l.], p. 1–7, 2018.

Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3255/3115>. Acesso em: 15 set. 2021.

BITTON, A. *et al.* Off the hamster wheel? Qualitative evaluation of a payment-linked patient-centered medical home (PCMH) pilot. **Milbank Q.** 2012 Sep;90(3):484-515. Disponível em: doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00672.x. PMID: 22985279; PMCID: PMC3479381.

BLOCK, D. Disruptive innovation: contributing to a value-based health care system. **Physician executive**, [s. l.], v. 39, n. 5, p. 52–50, 2013.

BOSKO, T.; DUBOW, M.; KOENIG, T. Understanding value-based incentive models and using performance as a strategic advantage. **Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 11–14, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00115514-201601000-00004>. Acesso em: 14 ago.2021.

BRASIL. **Lei n.º 9.961 de Janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução normativa nº 386, de 9 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Brasília, 2015 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 15 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: diretriz de Avaliação Econômica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 132 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRITTON, J. R. Healthcare reimbursement and quality improvement: Integration using the electronic medical record: Comment on “fee-for-service payment: an evil practice that must be stamped out?” **International Journal of Health Policy and Management**, [s. l.], v. 4, n. 8, p. 549–551, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.93>. Acesso em: 17 abr.2021.

BRYMAN, A. *Social research methods.* 4. ed. [s. l.], Oxford university press, 2016.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis.** London: Heinemann Educational Books, 1979.

CASTILHO, V. *et al.* Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2011,

v. 45, p. 1613-1620. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/5dgNhrSfq6CCmT8bD94KTCj/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 jan.2021.

CONRAD, D.A. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. **Health Services Research**, [s. l.], v. 50, p. 2057–2089, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12408>. Acesso em:19 mai.2021.

CRESWELL, J. W; POTH, C. N. **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches**. [s. l.]: Sage publications. 2017.

ESCRIVAO JUNIOR, A.; KOYAMA, M.F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS.

Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v.12, n.4, p.903-914, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Dkp4pXwkHMHDxgwCkhrnkkK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FRANCISQUINI, F. **Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/29628>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GUSMÃO, C.R. A. B de. **A saúde baseada em valor e a metodologia ICHOM à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão para a Competitividade de Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30348>. Acesso em: 19 jan. 2021.

HAUEGEN, R.C. **Risk Sharing Agreements: acordos de Partilha de Risco e o Sistema Público de Saúde no Brasil – Oportunidades e Desafios**, 2014. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19732>. Acesso em: 20 set. 2021.

HOLSTEIN, M.X.; **Percepção dos gestores de empresas de saúde suplementar de porto alegre sobre os diferentes modelos de remuneração assistencial**. 2018. Dissertação (Graduação em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.2018.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res**. [s. l.], v.15, n.9, p.1277-88, 2005. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>. Acesso em: 18 jul.2021.

KASH, B. A *et al*. Success factors for strategic change initiatives: A qualitative study of healthcare administrators’ perspectives. **Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 65–81, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00115514-201401000-00011>.

KATZ, M.; FRANKEN, M.; MAKDISSE, M. Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], v. 70, n. 7, p. 904–906, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.06.050>. Acesso em: 19 ago.2021.

KINUKAWA, A. S. **Medição de valor na saúde**: uma análise sobre a implementação do modelo de mensuração de cuidados em saúde baseado em valor no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28089/TA%20MVS%20SHENJIRO%20KINUKAWA%2009092019B.pdf?sequence=7&isAllowed=y>. Acesso em: 17 jan. 2021.

LUNGU, D. A. *et al.* Implementing successful systematic Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in robotic oncological surgery-The role of physicians. **International Journal of Health Planning & Management**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 773–787, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2959>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MADDEN, C.W. *et al.* Risk adjusting capitation : applications in employed and disabled populations. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 3, p. 101–109, 2000. Disponível em: https://www.academia.edu/18241038/Risk_adjusting_capitation_applications_in_employed_and_disabled_populations. Acesso em: 11 jun.2021.

MAYES, R. Moving (realistically) from volume-based to value-based health care payment in the USA: Starting with Medicare payment policy. *Journal of Health Services Research and Policy*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 249–251, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010151>. Acesso em: 10 mai. 2021.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MILLER, H. D. Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It: creating a patient-centered payment system to support higher-quality, more affordable health care. **Center for healthcare quality & payment reform**, 2017. Disponível em: <https://wrhapgroup.org/pdfs/backgrounders/Why%20Value-Based%20Payment%20Is%20Not%20Working%2C%20and%20How%20to%20Fix%20It.pdf>. Acesso em: 27 jul.2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NORONHA, M. F. *et al.* O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. **Revista de Saúde Pública [online]**. 1991, v. 25, n. 3, pp. 198-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300007>

O'BYRNE, T.J *et al.* Episode-based payment: evaluating the impact on chronic conditions. **Medicare & medicaid research review**, [s. l.], v. 3, n. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5600/mmrr.003.03.a07>. Acesso em: 19 mai. 2021.

OGATA, G. P. **Aplicação do TDABC (Time-driven Activity Based Costing) no tratamento de câncer de mama em um hospital público brasileiro**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2021. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/30435/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Gabriel%20Ogata%20_geral%20final.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 01 out. 2021.

OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALEMÃO. **Hospital alemão Oswaldo Cruz implementa modelo de prestação de cuidados fee for performance**. 2019. Disponível em: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/imprensa/noticias/hospital-alemao-oswaldo-cruz-implementa-modelo-de-prestacao-de-cuidados-fee-for-performance/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PEDROSO, M.C.; MALIK, A.M. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2757-2772, out 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul.2021.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. [s. l.]: Harvard Business School Press, 2006.

PORTER, M. E.; LARSSON, S.; LEE, T. H. Standardizing Patient Outcomes Measurement. **New Engl J Medicine**, [s. l.], v. 374, n. 6, p. 504–506, 11 fev. 2016. Disponível em: DOI: 10.1056 / NEJMp1511701. Acesso em: 12 jan. 2021.

QUINN, K. The 8 basic payment methods in health care. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 163, n. 4, p. 300–306, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M14-2784>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RANSOM, S. 1999. “Enhancing Physician Performance.” In *Clinical Resource and Quality Management*, edited by S. Ransom and W. Pinsky, 139–69. Tampa, FL: American College of Physician Executives

RODRIGUEZ, R. *et al.* Factors and determinants of value- and business-driven sustainability initiatives in health care organizations: intrinsic differences and extrinsic similarities. *Corporate Governance*. **The International Journal of Effective Board Performance**, Suécia, v. 19, n. 4, p. 806–823, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/CG-03-2019-0078>. Acesso em: 15 jun.2021.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro : financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.5, p.1431-1440, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SVQWPvGk8rRDCyRKGsH99vF/?lang=pt>. Acesso em: 15 set.2021.

SILVA, V.L.S *et al.* Integração vertical como estratégia de apropriação de valor: um estudo exploratório no canal de distribuição de produtos agrícolas. **Gestão & Produção**, São Carlos,

v. 16, n. 1, p. 44-53, jan.-mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2009000100005>. Acesso em: 13 fev.2021.

SOUZA, M.A.de.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 305–310, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010001000010>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SULEIMAN, M. *et al.* Bayesian logistic regression approaches to predict incorrect DRG assignment. **Health Care Manag Sci** **22**, 364–375 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10729-018-9444-8>.

TAKAHASHI, A.C.D.; **Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano**. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). 2011. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2011.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4, 1998, **Anais [...]**. Bahia: UFBA, Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 02 mai.2021.

TOLLEY, H.D.; MANTON, K.G.; VERTREES, J. An Evaluation of Three Payment Strategies tor Capitation tor Medioare.**The Journal of Risk and Insurance**, [s. l.], v.54, n.4, 1987 Disponível em: <https://doi.org/10.2307/253116>. Acesso em: 18 jan.2021.

UGÁ, M.A.; LIMA, S.M.L. **Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, v. 4, p. 135-168. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-05.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

VAN DER NAT, P. B *et al.* Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. **International Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 189–192, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1397307>. Acesso em: 30 jan.2021.

VEGHEL, D. V *et al.* Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands. **International Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 371–378, 2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com.sbxproxy.fgv.br/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=132780076&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>. Acesso em: 28 jun. 2021.

VEGHEL, D. V.*et al.* The need for new fi nancial models in the implementation of value-based healthcare. **International Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 345–348, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2019.1647377>. Acesso em: 06 mai.2021.

WESTERBY, R. Patient Reported Outcome Measures: how useful are they in practice? **Practice Nurse**, [s. l.], v. 42, n. 10, p. 42–46, 2012.

WU, I.L.; HU, Y. P. Examining knowledge management enabled performance for hospital professionals: A dynamic capability view and the mediating role of process capability. **Journal of the Association for Information Systems**, [s. l.], v. 13, n. 12, p. 976–999, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.17705/1jais.00319>. Acesso em: 26 fev.2021.

ZANOTTO, B. S *et al.* Avaliação Econômica de um Serviço de Telemedicina para ampliação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do Projeto TeleOftalmo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020, v. 25, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fy5tzX5FnNTCmms7tR76pGH/?lang=pt>. Acesso em: 15 Ago 2021.

ZEJDLOVA, I.A. Strategy to support improvement of healthcare quality. **Journal of Health and Allied Sciences**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 11–13, 2012. Disponível em: <https://www.ojhas.org/issue44/2012-4-1.html>. Acesso em: 19 jan.2021.

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas

Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração na saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das Operadoras de Saúde

1. Apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa
2. Dados sobre o perfil do participante e seu papel no projeto-piloto desenvolvido para a ANA. (Fase será composta de uma pergunta aberta)
3. Início da gravação: esclarecer e reforçar os seguintes pontos: objetivos, duração, gravação e transcrição dos dados (ressaltando a importância de não citar nome pessoas/empresa durante a gravação, enfatizar o caráter voluntário e os direitos de interrupção da gravação/entrevista em qualquer momento, confirmar a permissão para gravação do áudio, esclarecer eventuais dúvidas do entrevistado, confirmar o recebimento e assinatura do presente termo.
4. Início das perguntas específicas
 - 4.1. Pedir para o participante explicar sobre as suas motivações para participar do projeto piloto de Modelos de Remuneração Baseado em Valor, da ANS e procurar entender quanto à necessidade de mudança de remuneração para um modelo baseado em valor (fase composta de duas perguntas abertas).
 - 4.2. Explorar as experiências anteriores do entrevistado sobre modelos de remuneração baseado em valor. Essa fase será composta de uma pergunta aberta
 - 4.3. Identificação das etapas determinantes para participar do projeto. Essa pergunta visa explorar a necessidade de alinhamentos interno (formação de grupos de estudo, treinamento profissional, workshops) e externos (comunicação com as redes credenciadas). Explorar quais atividades que exigiram implementação prévia para o desenvolvimento do projeto. Essa fase será composta de duas perguntas abertas
 - 4.4. Explorar à respeito da metodologia adotada para a seleção dos indicadores e cálculos necessários acompanhados no projeto. Essa fase será composta de três perguntas abertas (indicadores de processo, indicadores de desfechos centrados no paciente e indicadores de custos)
 - 4.5. Entender os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar. Essa fase será composta de duas perguntas abertas.
 - 4.6. Explorar se há intenção de escalabilidade do projeto para outras patologias e/ou linhas de cuidado. Essa fase será composta de 1 pergunta aberta

4.7. Fechamento: identificar se houveram e quais os impactos positivos e os impactos negativos percebidos tanto na perspectiva econômica quanto na perspectiva assistencial. Essa parte será composta de quatro perguntas abertas.

5. Agradecimento e encerramento da gravação

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome do Entrevistador: Iara Muller Bernz

Data da Entrevista: _____

Nome do Entrevistado: _____

Antes de concordar em participar nesta pesquisa, é importante que você leia e entenda a seguinte explicação do propósito, benefícios e riscos estudo, e de como ele será conduzido.

1. Nome do projeto: Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração na saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das Operadoras de Saúde (título provisório)

2. Características e objetivos gerais da pesquisa: Estamos solicitando sua participação em uma entrevista de, no máximo, 60 minutos, com propósito de pesquisa acadêmica (acerca das experiências, impressões e opiniões sobre o processo de mudança dos modelos de remuneração vivenciados durante os projetos desenvolvidos para Agência Nacional de Saúde Suplementar denominado “Projeto de Remuneração Baseado em Valor”). A pesquisa está sendo conduzida por Iara Muller Bernz, aluna do Mestrado Profissional de Gestão para Competitividade e Inovação da Fundação Getúlio Vargas e Consultora Independente de Acesso em Saúde.

3. Participação na pesquisa e procedimentos Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista a respeito da sua experiência no projeto-piloto submetido à ANS sobre a transição para um modelo de remuneração baseado em valor e seguirá o seguinte roteiro:

Apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa

Dados sobre o perfil do participante e seu papel no projeto-piloto desenvolvido para a ANS – Essa fase será composta de uma pergunta aberta.

Início da gravação: esclarecer e reforçar os seguintes pontos: objetivos, duração, gravação e transcrição dos dados (ressaltando a importância de não citar nome pessoas/empresa durante a gravação, enfatizar o caráter voluntário e os direitos de interrupção da gravação/entrevista em qualquer momento, confirmar a permissão para gravação do áudio,

esclarecer eventuais dúvidas do entrevistado, confirmar o recebimento e assinatura do presente termo.

Iniciar as perguntas específicas (*core questions*)

4.1 Pedir para o participante explicar sobre as suas motivações para participar do projeto piloto de Modelos de Remuneração Baseado em Valor, da ANS e procurar entender quanto à necessidade de mudança de remuneração para um modelo baseado em valor – essa fase será composta de duas perguntas abertas

4.2 Explorar as experiências anteriores do entrevistado sobre modelos de remuneração baseado em valor. Essa fase será composta de uma pergunta aberta

4.2 Identificação das etapas determinantes para participar do projeto. Essa pergunta visa explorar a necessidade de alinhamentos interno (formação de grupos de estudo, treinamento profissional, workshops) e externos (comunicação com a rede credenciadas). Explorar quais atividades que exigiram implementação prévia para o desenvolvimento do projeto. Essa fase será composta de duas perguntas abertas

4.3 Explorar a respeito da metodologia adotada para a seleção dos indicadores e cálculos necessários acompanhados no projeto. Essa fase será composta de três perguntas abertas (indicadores de processo, indicadores de desfechos centrados no paciente e indicadores de custos)

4.4 Entender os fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar. Essa fase será composta de duas perguntas abertas.

4.5 Explorar se há intenção de escalabilidade do projeto para outras patologias e/ou linhas de cuidado. Essa fase será composta de 1 pergunta aberta

4.6 Fechamento: identificar se houveram e quais os impactos positivos e os impactos negativos percebidos tanto na perspectiva econômica quanto na perspectiva assistencial. Essa parte será composta de quatro perguntas abertas.

Agradecimento e encerramento da gravação

A entrevista será gravada em áudio e será realizada por videoconferência. Posteriormente o entrevistador fará a transcrição e seus dados serão anonimizados. O seu nome e da sua empresa não poderão ser mencionados na parte da entrevista gravada de forma a garantir a confidencialidade dos dados. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos.

4. Voluntariedade e direito de desistência: Você não precisa participar, se não quiser. A qualquer momento, você poderá desistir de participar. Não haverá nenhum problema se você não quiser participar ou se quiser deixar de participar a qualquer momento.

5. Riscos e benefícios: os riscos potenciais envolvidos nessa pesquisa são riscos de confidencialidade, similares àqueles que as pessoas rotineiramente têm ao usar a internet em sua vida diária. Importante ressaltar que todos os cuidados serão tomados para mitigação dos riscos citados. A confidencialidade da sua informação individual será mantida em qualquer trabalho de classe e/ou em qualquer eventual publicação acadêmica relacionadas a esta pesquisa, e neste caso somente transcrições anônimas serão usadas, e nunca qualquer áudio seu poderá ser reproduzido para outrem fora do procedimento pedagógico acima descrito. Não se espera que esta pesquisa gere qualquer benefício direto individual, mas esperamos que o resultado desse estudo traga contribuições teórico-práticas para que os gestores de saúde possam identificar oportunidades e implementá-las estrategicamente utilizando a remuneração por valor como ferramenta competitiva na entrega do cuidado assistencial associadas à sustentabilidade econômico-financeira no setor. Não há qualquer forma de remuneração para os entrevistados.

6. Garantia de acesso aos dados e dúvidas em geral: Você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, além de obter acesso aos seus dados, a qualquer momento através dos contatos indicados abaixo:

Iara Muller Bernz

Email: iaara.bernz@gmail.com

Telefone: (11) 93298-8654

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas – CCE/FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 536, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900. Telefone (21) 3799-6216. E-mail: etica.pesquisa@fgv.br.

7. Assentimento: Caso você concorde em participar desta pesquisa e aceite a publicação em meios científicos desde que o sigilo seja mantido assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

[Cidade e Estado], ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador(a): _____

ANEXO A – Parecer comitê de conformidade ética em pesquisas envolvendo seres humanos



COMITÊ DE CONFORMIDADE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPH/FGV	
Parecer n. 044/2021	
Local da Reunião	Rio de Janeiro
Data da Reunião	26 de março de 2021
Data de Emissão do Parecer	29 de março de 2021
DADOS GERAIS	
Pesquisadora Responsável	Iara Muller Bernz
Centro/Escola	EAESP / GV Saúde
Curso	Escola de Administração – Mestrado Profissional de Gestão para Competitividade e Inovação. Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde
Orientador	Alberto Jose Niituma Ogata
Título do projeto de pesquisa	Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração na saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das Operadoras de Saúde (título provisório)
Financiamento	Não
Relator	Claudio José Struchiner
RELATÓRIO	

Ao dissertar sobre o objetivo da pesquisa, a pesquisadora afirmou:

“Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa descritiva exploratório do tipo estudo de múltiplos casos. O objeto de pesquisa são os projetos-pilotos de novos modelos de remuneração acompanhados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A coleta de dados envolve várias fontes de informação (entrevista, material audiovisual, documentos e relatórios) e relata uma descrição dos casos e uma análise profunda dos mesmos. A coleta de dados será realizada em duas etapas. A primeira constará de uma análise dos documentos públicos (escritos e audiovisuais) das publicações do site do ANS relacionados ao projeto-piloto. Durante o projeto, foram realizadas oficinas virtuais de aprendizagem colaborativa com o objetivo de viabilizar a troca de experiências, onde as operadoras de saúde apresentaram suas experiências, indicadores e resultados alcançados. A ANS disponibilizou os relatórios, apresentações e gravações de tais oficinas. Esses materiais serão objeto de estudo da primeira etapa.

A segunda etapa será realizada através de entrevistas baseada em roteiros semiestruturados com os gestores das operadoras de saúde selecionadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para participarem do projeto “Modelo de Remuneração Baseado em Valor”. Tal instrumento visa incentivar os participantes a compartilharem suas experiências, impressões e opiniões sobre o processo de mudança dos modelos de remuneração.”

A coleta de dados está prevista para ocorrer entre junho e julho de 2021.

O número de participantes será “13. Número de projetos-pilotos acompanhados pela ANS”.

Parecer n. 044/2021



Pesquisadora Responsável: Iara Muller Bernz

Título do projeto de pesquisa: Os caminhos para a implantação de novos modelos de remuneração na saúde suplementar brasileira: uma percepção dos gestores das Operadoras de Saúde (título provisório)

Quanto ao armazenamento dos dados, a pesquisadora afirmou:

“As entrevistas serão realizadas por videoconferência ou por telefone e serão gravadas (apenas voz) e transcritas para posterior análise, sendo guardadas em computador pessoal do pesquisador, que possui senha que evita acesso de outras pessoas. Será apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas. Ressalta-se que o anonimato dos entrevistados será garantido durante todo o processo. As gravações serão apagadas após o término das transcrições e estas serão realizadas pela pesquisadora. O nome do entrevistado não será mencionado durante a gravação.”.

O Termo de Consentimento explica brevemente os objetivos da pesquisa, assegura a voluntariedade de pesquisa e informa os dados da pesquisadora e do Comitê de Ética.

Quanto à confidencialidade e anonimização dos dados, a pesquisadora esclareceu que “durante a entrevista os nomes não serão citados e na transcrição serão substituídos por códigos (entrevistado 1, entrevistado 2, etc)”.

DELIBERAÇÃO

Após deliberação dos membros, nos termos do formulário detalhado apresentado, o CEPH/FGV classifica o presente projeto de pesquisa como:

Aprovado O protocolo está adequado para execução.

O termo do projeto aprovado neste parecer é julho de 2021.

O CEPH deverá ser informado sobre mudança no conteúdo ou extensão da pesquisa.

Rio de Janeiro, 29 de março de 2021.

A handwritten signature in dark blue ink, appearing to read 'Osny', is centered on the page. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'O' and a trailing flourish.

Osny da Silva Filho
Coordenador do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres
Humanos -CEPH/FGV