

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CONCEPÇÃO DOS LÍDERES HOSPITALARES ACERCA DAS LIMITAÇÕES PARA
IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR

FLAVIA GOMES FRANCISQUINI

SÃO PAULO

2020

FLAVIA GOMES FRANCISQUINI

CONCEPÇÃO DOS LÍDERES HOSPITALARES ACERCA DAS LIMITAÇÕES PARA
IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR

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

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Fernando L. Alberto

SÃO PAULO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Francisquini, Flavia Gomes.

Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor / Flavia Gomes Francisquini. - 2020.

121 f.

Orientador: Fernando Lopes Alberto.

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

1. Saúde suplementar. 2. Hospitais - Brasil. 3. Serviços de saúde - Custos. 4. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde. I. Alberto, Fernando Lopes. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2(81)

Ficha Catalográfica elaborada por: Isabele Oliveira dos Santos Garcia CRB SP-010191/O

Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

FLAVIA GOMES FRANCISQUINI

CONCEPÇÃO DOS LÍDERES HOSPITALARES ACERCA DAS LIMITAÇÕES PARA
IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR

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

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Data de Aprovação com Distinção: 14 / 07 /2020

Banca examinadora:

Prof. Dr. Fernando L. Alberto (Orientador)
FGV-EAESP

Prof. Dra. Ana Maria Malik
FGV-EAESP

Ana Luiza Andrade de Paula Lopes

Wilson Follador

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, Andrea, Daniel e Alice, pelo amor incondicional, pela paciência e pelos ensinamentos, por meio de exemplos, que me conduziram a um caminho correto.

À minha mãe, Lucia, pelo cuidado, carinho e apoio. Por ter feito o possível e o impossível para me oferecer a oportunidade de estudar, acreditando e respeitando as minhas decisões e nunca deixando que as dificuldades acabassem com os meus sonhos.

Ao meu marido, André, por sempre acreditar no meu potencial, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis, me dando apoio e sempre me incentivando a persistir.

A Roberta e a Edina Barbosa, por terem me escutado nos momentos difíceis, pelo apoio e pela motivação para persistir na construção desse projeto.

Ao meu orientador, Fernando L. Alberto, pela paciência e dedicação, por compartilhar o seu conhecimento e me inspirar. Foi um privilégio ter sido sua aluna.

A Amanda Gross e Eliane Santos, pelas mentorias e conversas informais, que foram muito importantes para a construção metodológica deste estudo.

Aos meus amigos André Villas Bôas, Café, Bruno e Mirian Ramos, por me ajudarem a viabilizar os agendamentos das entrevistas.

A todos os líderes que participaram deste estudo, por disponibilizarem seu tempo em um momento tão complexo do setor da Saúde.

As coisas sempre parecem impossíveis até que sejam feitas.

Nelson Mandela

RESUMO

O aumento crescente de despesas do sistema de saúde suplementar e as queixas relativas à qualidade da assistência à saúde fomentaram a reflexão quanto às fragilidades do setor e possíveis soluções para reverter o quadro atual. Dentre as principais discussões no mercado de saúde e literatura, destaca-se a importância da implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração que é utilizado atualmente (remuneração por serviço ou *fee-for-service*). Neste sentido, pretende-se estimular que o sistema de pagamento seja baseado em valor (*fee-for-value*), contribuindo para um cenário onde haja incentivos para melhores desfechos clínicos e os prestadores sejam recompensados pelos resultados e não mais por tabela de serviços. Observa-se que a adesão a esse processo de modificação se tornou uma tendência do setor, contudo, no Brasil, essa movimentação tem sido lenta. Nesse contexto, a questão central deste trabalho pauta-se em entender: Quais fatores contribuem para a baixa adesão ao processo de implantação do modelo de pagamento *fee-for-value* em hospitais brasileiros? Para isso, foram descritas e analisadas a concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração *fee-for-value*. Optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, com natureza aplicada descritivo-exploratória, por meio de uma amostra não probabilística ou intencional, na qual a autora se dirigiu intencionalmente a um grupo do qual desejava saber a opinião. Foram realizadas entrevistas com líderes da área hospitalar, que posteriormente foram transcritas e analisadas por meio de um conjunto de técnicas de análise de conteúdo, conforme o modelo proposto por Bardin (2011). Os resultados encontrados sugerem que os entrevistados entendem que há a necessidade de mudança do conceito do modelo *fee-for-service*, e compreendem os motivos que levam a essa necessidade, além de terem uma percepção positiva quanto ao *fee-for-value*. Entretanto, constataram-se fragilidades quanto ao conhecimento do conceito do modelo de pagamento baseado em valor e a implantação de práticas baseadas em valor (mensuração e divulgação dos desfechos e serviços vinculados a Unidade de Prática Integrada-UPI). Os entrevistados consideraram como principais necessidades: a participação de todos os envolvidos no sistema de saúde e o apoio das operadoras de saúde no processo de mudança do modelo de pagamento. Como fator impeditivo foram mencionados: a não mudança de cultura de todos os envolvidos, a falta de apoio das operadoras de saúde e a falta de conhecimento dos profissionais sobre o conceito do modelo. Em conclusão, infere-se que os hospitais e os profissionais não

parecem entender que já há maturidade para lidar com o processo de implantação do *fee-for-value*. Nesse contexto, entende-se que a fragilidade quanto ao conhecimento dos líderes e profissionais é um fator crítico que pode inviabilizar o processo de implantação do modelo. Portanto, acredita-se que por meio do conhecimento será possível transformar a cultura, desenvolver estratégias voltadas para as práticas que geram valor ao paciente e possam em paralelo superar os riscos advindos do processo, e por fim definir e obter os recursos necessários para a viabilização da implantação do modelo. Desse modo, a autora sugere haver um papel relevante da implantação de práticas que disseminem os conceitos do modelo *fee-for-value* nos ambientes de saúde investigados no trabalho.

Palavras-chave: pagamento baseado em valor, pagamento baseado em serviço, cuidado baseado em valor, sistemas de pagamento em saúde.

ABSTRACT

The growing increase in the expenses of the supplementary health system and complaints about the quality of health care have fostered reflection on the sector's weaknesses and possible solutions to reverse the current situation. Among the main discussions in the health and literature market, the importance of implementing strategies to modify the remuneration model that is currently used (remuneration for service or fee-for-service) is highlighted. In this sense, it is intended to encourage the payment system to be based on value (fee-for-value), contributing to a scenario where there are incentives for better clinical outcomes and providers are rewarded for the results and no longer for the service table. It is observed that adherence to this modification process has become a trend in the sector, however, in Brazil, this movement has been slow. In this context, the central issue of this work is to understand: What factors contribute to the low adherence to the process of implementing the fee-for-value payment model in Brazilian hospitals? For this, the conception of the leaders of hospital institutions about the limitations for the implementation of the fee-for-value remuneration model were described and analyzed. We chose to use a qualitative approach with descriptive and exploratory nature applied, through a non-probabilistic or intentional sample. Interviews were conducted with leaders of the hospital area, which were later transcribed and analyzed by a set of content analysis techniques as the model proposed by Bardin (2011). The results found suggest that the interviewees understand that there is a need to change the concept of the fee-for-service model, and understand the reasons that lead to this need, in addition to having a positive perception of the fee-for-value. However, weaknesses were found in the knowledge of the concept of the value-based payment model and the implementation of value-based practices (measurement and dissemination of the outcomes and services linked to the Integrated Practice Unit). The interviewees considered the main needs to be: the participation of all those involved in the health system and the support of health operators in the process of changing the payment model. As an impeding factor, the following were mentioned: the non-change culture of all those involved, the lack of support from health operators and the lack of knowledge of professionals about the concept of the model. In conclusion, it is inferred that hospitals and professionals do not seem to understand that there is already mature enough to handle the implementation process of the fee-for-value. In this context, it is understood that the weakness in the knowledge of leaders and professionals is a critical factor that can make the model implementation process unfeasible. Therefore, it is believed that through knowledge it will

be possible to transform the culture, develop strategies aimed at practices that generate value for the patient and can, in parallel, overcome the risks arising from the process, and finally define and obtain the necessary resources for the viability implementation of the model. Thus, the author suggests that there is a relevant role in the implementation of practices that disseminate the concepts of the fee-for-value model in the health environments investigated at work.

Keywords: value-based payment, service-based payment, value-based care, health payment systems.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Custo baseado em atividade
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS-MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAES	Canadian Adverse Event Study
DRG	Diagnosis Related Groups
EUA	Estados Unidos da América
HAC	Hospital-Acquired Conditions
ICHOM	International Consortium for Health Outcome Measurement
NQF	National Quality Forum
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDABC	Time-Driven Activity-Based Costing
TI	Tecnologia da Informação
UPIs	Unidades de Prática Integrada
VBHC	ValueBased Health Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de formulação das hipóteses.....	42
Quadro 2 - Exemplo de referenciação dos índices e elaboração dos indicadores.....	43
Quadro 3 - Exemplo de recortes (unidades).....	45
Quadro 4 - Exemplo de Enumeração (regras de contagem).....	46
Quadro 5 - Exemplo de classificação e a agregação	47
Quadro 6 - Exemplo do resultado final da categorização.	49
Quadro 7 - Categorias agrupadas por temas.....	67
Quadro 8 - Unidades de contexto	71
Quadro 9 - Comparação entre os modelos de pagamento.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da despesa com assistência (2000 a 2018).....	18
Gráfico 2 - Beneficiários em planos privados de assistência médica.....	18
Gráfico 3 - Característica dos hospitais que os entrevistados possuem ou possuíam vínculo	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Perfil dos entrevistados, por região, sexo e função.	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Exemplo de tratamento dos resultados, interpretação e inferência	65
Tabela 2 - Percepção quanto à necessidade de mudança do modelo de pagamento fee-for-service	69
Tabela 3 - Categoria compreensão sobre o modelo de pagamento baseado em valor.	74
Tabela 4 - Experiência dos entrevistados quanto a outros modelos de pagamento.	76
Tabela 5 - Experiência dos entrevistados quanto à implantação do fee-for-value e participação em cursos e eventos.....	79
Tabela 6 - Categoria percepção quanto aos cursos e eventos.	80
Tabela 7 - Categoria percepção quanto ao conhecimento dos profissionais em relação ao fee-for-value	81
Tabela 8 – Categoria percepção quanto à mensuração de desfechos	83
Tabela 9 – Fatores que interferem na divulgação dos indicadores	84
Tabela 10 - Categoria percepção quanto às unidades de prática integrada - UPIs.....	86
Tabela 11 – Categoria processo de mudança do modelo de pagamento	90
Tabela 12 - Categoria compreensão quanto às necessidades	92
Tabela 13 - Categoria percepção quanto aos fatores que podem limitar	94

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1. <i>Fee-for-service</i> x <i>fee-for-value</i>	25
2.2. Implantação do modelo de pagamento por valor (<i>fee-for-value</i>).....	31
3. PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS	36
4. METODOLOGIA	37
4.1. Pesquisa bibliográfica	37
4.2. Delimitação da população	37
4.3. Amostra	37
4.4. Método de coleta de dados	38
4.5. Perfil dos entrevistados	40
4.6. Análise de dados	41
4.6.1. Pré-análise	41
4.6.2. Exploração do material.....	44
4.6.3. Tratamento dos resultados, interpretação e inferência	65
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	67
5.1. Percepção quanto à necessidade de mudança do modelo de pagamento <i>fee-for-service</i>	67
5.2. Concepção dos líderes sobre o modelo de pagamento <i>fee-for-value</i>	72
5.3. Percepção dos líderes quanto à mensuração e divulgação dos desfechos e a implantação de Unidades de Práticas Integradas – UPIs.....	82
5.4. Percepção dos líderes quanto às principais necessidades e fatores que limitam, atualmente, a implantação do sistema de pagamento baseado em valor.....	89
6. CONCLUSÃO	97
6.1. Limitação da pesquisa	99
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES	107

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Suplementar é responsável pelo atendimento de 47.107.809 de brasileiros e vivencia um cenário onde os custos são elevados, a qualidade dos serviços prestados é insatisfatória e o acesso à saúde é limitado, gerando ansiedade e frustrações para todos os envolvidos no setor (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; PORTER; TEISBERG, 2007).

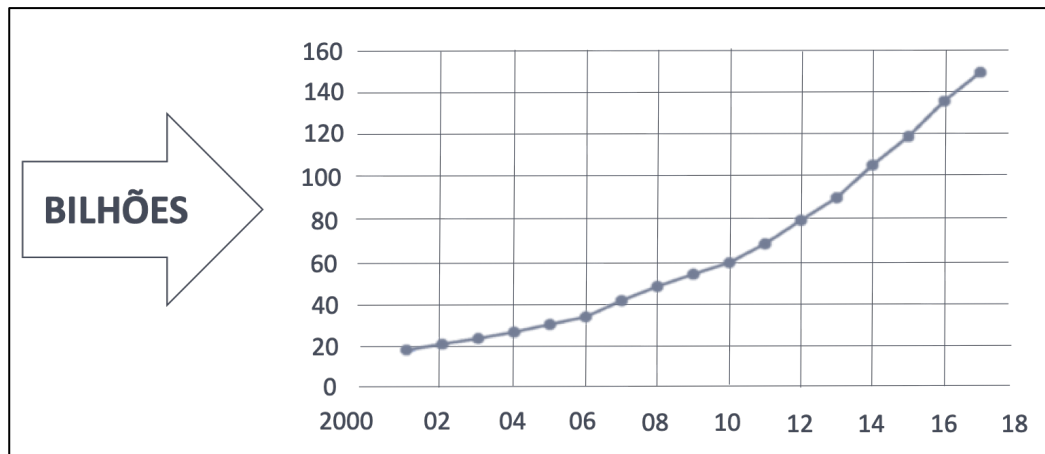
A principal preocupação é o aumento das despesas com os cuidados assistenciais, que não está atrelado à qualidade e impacta na sinistralidade das operadoras (relação entre as despesas e a receita das operadoras de saúde), refletindo diretamente no equilíbrio financeiro do setor (ARAÚJO; SILVA, 2018; PORTER; TEISBERG, 2007).

Nesse sentido, consideram-se as fragilidades da dinâmica do sistema de pagamento do setor de saúde suplementar como um fator agravante. A maior parte da remuneração do sistema ocorre por meio do pagamento baseado em serviço, onde a operadora de saúde paga para o prestador a fatura detalhada de todos os recursos utilizados durante a assistência, considerando inclusive, os gastos relacionados ao baixo desempenho clínico e eventos adversos (ARAÚJO; SILVA, 2018; BURNS, 2013). Essa dinâmica contribui de forma direta para aumentar os gastos do setor, que inclusive continuam crescendo para todos os envolvidos (COSTA; ARRAIS, 2018; PORTER; TEISBERG, 2007).

O custo per capita da assistência médica para os empregadores que contratam planos de saúde para seus funcionários, por exemplo, subiu de R\$ 270,30, em 2016, para R\$ 321,58 em 2017 – um aumento de 19% – e já equivale a 12,71% da folha de pagamento das empresas. Destaca-se que, considerando que em 2012 o custo per capita era de R\$ 158,42, a evolução foi de 102,3% nos últimos cinco anos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RECURSOS HUMANOS, 2017).

Esse cenário se agrava ao analisarmos o contexto das operadoras de saúde. Conforme os dados apresentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2018), a variação dos custos assistenciais tem aumentado de forma significativa, representando um desafio crescente para a sustentabilidade econômico-financeira das instituições (Gráfico 1).

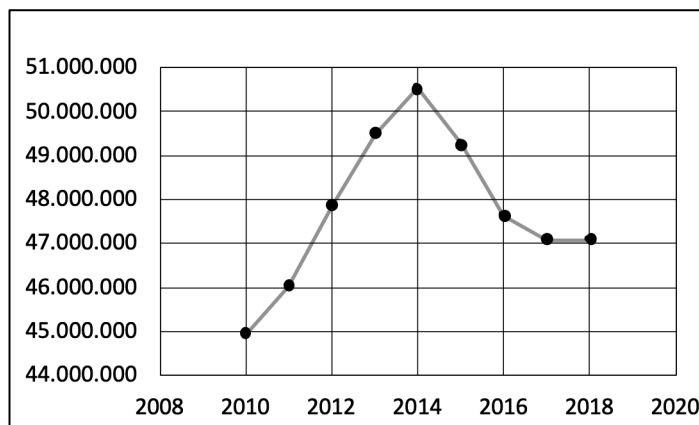
Gráfico 1 – Evolução da despesa com assistência (2000 a 2018).



Fonte: Sala de situação ANS – 13/11/2019.

Cota e Da Silva (2018), evidenciam que houve uma tendência de crescimento de 20,4% dos custos em 2016 (considerando os 12 meses com encerramento em dezembro). É importante ressaltar que, conforme os dados da ANS, o aumento das despesas não foi proporcional ao aumento do número de beneficiários, o que se observa comparando-se os dados do Gráfico 1 aos apresentados no Gráficos 2, abaixo.

Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de assistência médica.



Fonte: Sala de situação ANS – 13/11/2019.

Destaque-se, também, que essa elevada e crescente despesa com os cuidados assistenciais contribui para a elevação do número de operadoras em estado de insolvência e falência (ARAÚJO; SILVA, 2018). Segundo Barros e Beiruth (2016), houve uma redução no número de operadoras de saúde ativas com beneficiários: enquanto em dezembro de 2002 calculava-se em torno de 1.381 operadoras de saúde, em setembro de 2012 esse número era de 973. É possível identificar que esse número não parou de decrescer ao longo do tempo, pois segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2017), em 2016 o número de empresas atuantes no mercado brasileiro foi de apenas 959. Barros e Beiruth (2016) reforçam ainda que, de 2002 até 2012, 182 operadoras de saúde decretaram falência e De Sá, Maciel Júnior e Reinaldo (2017) ressaltam que esse cenário de decréscimo no número de operadoras de saúde ativa constitui uma tendência.

Desta forma, esse contexto fomenta a necessidade de reflexão quanto às possíveis soluções para reversão do quadro atual do setor. Dentre as principais discussões no mercado e na literatura sobre saúde, destaca-se a reflexão quanto a necessidade da mudança do sistema de pagamento atualmente utilizado (*fee-for-service*).

Porter e Lee (2013) evidenciam que o modelo de pagamento baseado em serviço pode induzir vícios à dinâmica do setor e ressaltam, que a implantação de práticas baseadas em valor associadas a mudança do modelo de remuneração, para o pagamento por valor (*fee-for-value*), onde o foco está no desfecho de todo o atendimento, deve ser um ponto central no processo de reforma da saúde. Nesse sentido, entende-se que essa transformação também contribuirá para a modificação do modelo atual do sistema de saúde, eminentemente hospitalar e terciário, para um modelo que fomenta a gestão de saúde e práticas ambulatoriais e medicina primária e preventiva, resultando em um cenário menos oneroso para o sistema, em uma lógica de promoção e orientação de saúde e racionalização do uso de recursos de alta complexidade.

Diante desse cenário, a Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP iniciou em 2017, junto a oito 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, conforme a ANAHP (2018):

Promove o conceito de cuidados de saúde baseados em valor (VBHC – *Value Based Health Care*), com base em uma mensuração padronizada de conjunto de informações que constituem os *Standard Sets*. Os *Standard Sets* contêm dados demográficos dos pacientes, da linha de base, de tratamentos, de complicações e de PROMs, que recebem pontuações por meio de escalas de escore (*Scaling Scores*). (ANAHP, 2018)

Os oito hospitais inicialmente implantaram o *Standard Set* de Insuficiência Cardíaca, e em 2018 foi divulgado que alguns desses hospitais passaram por um ciclo do projeto-piloto, enquanto outros ficaram insatisfeitos com o resultado do primeiro ciclo, passando por mais 3 ciclos adicionais. Atualmente, esse projeto está sendo reconhecido como fonte de *benchmarking* mundial e está em fase de construção do painel de indicadores de desfecho tendo como objetivo de médio prazo a divulgação das informações em uma única plataforma (ANAHP, 2018).

Os padrões avaliados no programa *Standard Set* de Insuficiência Cardíaca, liderado pela ICHOM, foram definidos através de reuniões com representantes de pacientes, líderes clínicos e líderes de registro de todo o mundo, e foram divididos em dois grupos, sendo:

- a) Variáveis *Case-Mix* (*case-mix variables*): informações sobre dados demográficos do paciente (idade, sexo e etnia), linha de base (se apresenta hipertensão, diabetes, disfunção renal, doenças cardiológicas e pulmonares, tabagismo, faz uso de bebida alcoólica e estado atual do índice de massa corporal) e informações relacionadas ao tratamento (medicações e histórico de cirurgia cardíaca) (ICHOM, 2019).
- b) Resultados (*outcomes*): dados sobre situação funcional do paciente (nível máximo de esforço físico, controle de sintomas associados a fadiga, cansaço e sono, independência, autocuidado e trabalho), psicossocial (qualidade de vida relacionada com saúde, presença ou não de depressão e ansiedade, e confiança/autoestima), sobrecarga de cuidado (efeitos secundários da medicação, encargos financeiros, complicações do tratamento, número de consultas hospitalares, número de readmissões hospitalares e duração da internação) e sobrevida (ICHOM, 2019).

O programa desenvolvido pela ICHOM tem como objetivo abrir novas possibilidades para comparar o desempenho globalmente, permitir que os médicos aprendam uns com os outros e melhorar rapidamente o atendimento prestado aos pacientes, além de contribuir para o pagamento baseado em valor (*fee-for-value*), por meio da padronização e disponibilização de dados de resultado (ICHOM, 2019).

A adesão a essas iniciativas é uma tendência do setor, e em 2018 mais quatro hospitais se vincularam ao projeto liderado pela ANAHP (2018). Contudo, essa movimentação é extremamente lenta. Segundo Bessa (2011), o modelo de pagamento mais utilizado pelos hospitais privados no Brasil consiste ainda em remuneração por serviço (*fee-for-service*), ou seja, os hospitais são pagos pelo número de procedimentos que efetuam. Esse cenário é corroborado por um estudo realizado pela ANS, o qual evidencia que, em 2018, 96% dos valores pagos aos hospitais foram realizados por meio do modelo de remuneração *fee-for-service* e apenas 4% dos valores pagos estavam associados a outros modelos de pagamento (ANS, 2019).

Por um lado, há no mercado evidências suficientes que apresentam as fragilidades do sistema atual, demonstrando que o modelo de pagamento por serviços executados está próximo da exaustão e aponta para uma perspectiva de se tornarem insustentáveis. A ANS (2019) reforça que as discussões sobre os desafios desencadeados pelo sistema de pagamento *fee-for-service* e a necessidade de mudança para assegurar a sustentabilidade do setor tem-se intensificado desde a década de 1990. Por outro lado, embora poucas mudanças sejam vistas no mercado nacional com esse tema ainda sendo considerado bastante controverso enquanto as instituições continuam predominantemente mantendo um sistema que induz a sobreutilização de procedimentos sem avaliação de resultados, a ANS considera que essa discussão acontece de forma ampla no mundo (ANS, 2019).

Por meio de uma pesquisa realizada pela *The Economist Intelligence Unit* em 2016, foi possível constatar que o Brasil apresentou baixo desempenho quanto aos aspectos que favorecem a assistência em saúde baseada em valor. O estudo considera que um ambiente favorável para a implantação do sistema baseado em valor abrange quatro domínios:

- a) Estimular contexto, política e instituições de valor na saúde: segundo o estudo os países precisam de um ecossistema de estruturas institucionais e políticas

que suportam abordagens baseadas em valor e adesão por parte dos envolvidos (dos fornecedores, pagadores e pacientes).

- b) Medir resultados e custos: este domínio foi considerado como fator crítico para a adoção do modelo e o estudo reforça que a medição permite a realização de análises de custo-benefício e dos resultados do paciente.
- c) Cuidado integrado ao paciente: considerou-se que ações integradas com o foco em resultados gerais de saúde podem gerar eficiência, reduzir a duplicação de esforços, reduzir custos e prestar um melhor atendimento aos pacientes.
- d) Pagamento baseado em resultados: foram analisados os mecanismos de pagamento, identificando se incentivavam a eficácia de tratamentos que agregavam valor ou criavam desincentivos para aqueles que não são rentáveis e não agregavam valor ao paciente.

Por meio de 17 indicadores associados aos quatro domínios (estimular contexto, política e instituições de valor na saúde; medir resultados e custos; cuidado integrado e focado no paciente e pagamento baseado em resultados) foram avaliados países da Ásia (Austrália, China, Índia, Indonésia, Japão e Coreia do Sul), Europa (França, Alemanha, Holanda, Polônia, Rússia, Espanha, Suécia e Reino Unido), Oriente Médio e Norte da África (Egito, Turquia e Emirados Árabes Unidos) África Subsaariana (Nigéria e África do Sul), América Latina (Brasil, Chile, Colômbia e México) e América do Norte (Canadá e EUA).

O estudo não identificou no Egito, Japão, México, Nigéria, África do Sul e Brasil a presença dos seguintes elementos: cuidado baseado em resultado e atendimento centrado no paciente; pagamento por desempenho e vinculado à qualidade; e padronização da qualidade. Canadá, EUA, Países Baixos, Alemanha, Suécia, Turquia e Reino Unido, apresentaram os 3 elementos. Foi sinalizado ainda que todos os países devem se esforçar significativamente para melhorar a qualidade da informação, padronização e vinculação de dados entre plataformas de informação.

O Brasil está caminhando lentamente e precisa superar diversas dificuldades para modificar o modelo de pagamento atualmente utilizado, e é importante ressaltar que os prestadores de serviço possuem um papel extremamente crítico e decisivo nesse processo de mudança, porém há hesitação em promover a mudança de modelo para um contexto em que haveria menor domínio em relação ao resultado financeiro e, conseqüentemente, poderia promover o colapso dessas instituições. Em

nossa opinião, esse seria um falso dilema, já que será inexorável a busca por uma solução que garanta sustentabilidade aos modelos de financiamento da saúde suplementar no Brasil. Dentro dessa ideia, o quanto antes as instituições hospitalares privadas independentes comecem a se familiarizar com alternativas que sejam compatíveis com a necessidade premente das operadoras de saúde, mais controlada e suave poderia ser a transição (ANS, 2019).

Diante desse cenário, a questão quanto aos motivos da não adesão ao processo se tornam relevantes, porém há uma carência de pesquisas abordando essa temática. Os estudos se concentram em fomentar o conceito e importância do modelo de pagamento baseado em valor, mas poucos analisam, por exemplo, quais desafios limitam o processo de implantação do modelo. É importante ressaltar que a implantação do *fee-for-value* consiste em um processo de mudança desafiador, pois envolve desde modificação de cultura até novos formatos de estruturação e análise de indicadores relacionados a desfechos. Assim sendo, o entendimento dos fatores que limitam a implantação do modelo contribui para as estratégias de gestão, tanto por possibilitar a construção de ações para superação dos desafios práticos enfrentados, como pela contribuição para o acervo de pesquisas aplicadas que buscam soluções para a sustentabilidade econômico-financeira do setor de saúde suplementar.

Nesse contexto, a questão central desta pesquisa pauta-se em entender: quais fatores contribuem para a baixa adesão ao processo de implantação do modelo de pagamento *fee-for-value* em hospitais brasileiros?

Diante dos questionamentos, o objetivo geral desse estudo é apresentar uma discussão teórico-prática sobre a concepção de líderes estratégicos de serviços de saúde acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração *fee-for-value*. Espera-se que o resultado deste estudo contribua com o processo de implantação do modelo baseado em valor, por meio do fornecimento de material teórico-prático.

O presente Trabalho Aplicado (TA) foi estruturado em 6 capítulos, sendo: (1) Introdução, que busca fomentar os problemas, pergunta de pesquisa e as hipóteses levantadas em relação ao tema, com apoio da literatura; (2) Referencial teórico, por meio de uma revisão da literatura, procurou-se apresentar os conceitos e definições sobre o do tema; (3) Pergunta de pesquisa e objetivo, apresentou-se a pergunta que norteou este estudo e buscou-se expor o propósito e o alcance do trabalho de forma geral e específica; (4) Metodologia, detalhou-se o formato adotado para atingir os objetivos propostos, descrevendo o desenho de pesquisa, seleção de amostra e

análise de resultados; (5) Resultados e discussão, por meio de uma discussão prático-teórica apresentamos os resultados obtidos e, por fim, (6) Conclusão e limitação de pesquisa, finalizando o estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para fomentar a discussão teórica relacionada ao tema, optou-se por abordar conceitos teóricos sobre a definição e diferença entre os sistemas de pagamentos *fee-for-service* e *fee-for-value*, além de evidenciar os desafios e benefícios que a transição dos modelos pode oferecer para o mercado da saúde.

2.1. *Fee-for-service* x *fee-for-value*

Porter e Teisberg (2007) consideram que o sistema de saúde possui uma estrutura de prestação de serviços falida, onde há a combinação entre custos elevados, qualidade instável, erros frequentes e acesso limitado à assistência. Os autores citam que a principal causa desse cenário é o modelo de competição do setor, que ocorre por meio de uma competição de soma 0, na qual os envolvidos competem na transferência de custos, no acúmulo de poder de negociação e na limitação dos serviços. Nesse sentido, entende-se que *fee-for-service* alimenta cada vez mais essa lógica, distanciando o setor de uma competição em valor com soma positiva, onde os envolvidos competem em termos da melhora da qualidade dos serviços prestados e nos resultados apresentados. (PORTER, 2010)

Buck (2018) e Porter e Kaplan (2015) reforçam que o modelo de remuneração *fee-for-service* não considera os resultados do tratamento, desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais e não está pautado em conceitos de medicina baseada em evidências, focando apenas em valores financeiros e não em valores entregues aos pacientes.

O modelo de pagamento *fee-for-service* foi criado nos Estados Unidos na década de 1930, como base de um emergente sistema privado de seguridade, caracterizado pela “conta aberta”, isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência (COSTA; ARRAIS, 2018, p. 171)

Nesse sistema, quando um beneficiário precisa se submeter a um determinado tratamento, a operadora de saúde cobre o custo de cada teste, exames de imagem, consulta especializada, enfermagem especializada, dias de internação etc., incluindo os incorridos em caso de possíveis

complicações e até readmissão, propiciando aos prestadores de serviço total liberdade para escolher os procedimentos e tratamentos, que não necessariamente estão associados à melhor escolha para o atendimento. Portanto, ele contribui para o uso desnecessário de produtos e serviços, pois prevê a remuneração retrospectiva ou pós-pagamento de unidades de produtos, diárias, taxas, serviços, materiais e medicamentos, seguindo o modelo de “conta aberta” ou “item a item” (BESSA, 2011).

Já o *fee-for-value* consiste em um pagamento único que abrange todos os procedimentos (testes diagnósticos, medicamentos, dispositivos e serviços envolvidos no atendimento hospitalar, ambulatorial e de reabilitação) para a condição médica de um paciente. Nesse modelo o pagamento está vinculado à metodologia de pacotes de serviços (*bundled services*), o provedor deve alcançar bons resultados para o paciente e assumir a responsabilidade financeira por desfechos, como complicações evitáveis, melhorando de forma contínua a qualidade e o custo. Portanto, o pagamento baseado em valor contribui para uma competição por desfechos, recompensando os fornecedores que apresentem resultados excelentes. (PORTER; KAPLAN, 2015; PIZZO; RYAN, 2016)

Wagner (2014) considera como valor a qualidade do atendimento, abrangendo resultados clínicos, segurança e atendimento prestado, dividida pelos custos do serviço. Bertó e Beulke (2012) ressaltam também que esse método viabiliza a padronização da assistência, possibilitando estimativa de tempo médio de internação, tratamento e utilização dos serviços de diagnósticos.

Porter e Kaplan (2015) destacam que, diferentemente do modelo *fee-for-service*, no qual os gastos relacionados ao baixo desempenho clínico e eventos adversos são absorvidos pelas fontes pagadoras, no pagamento por valor há um compartilhamento de riscos entre provedor de serviço e fonte pagadora. Portanto, é de se esperar que os pagadores assumam a carga relacionada às doenças da população coberta pelo plano e os provedores se responsabilizem pelos riscos relacionados à assistência e tratamento do paciente. Nesse contexto, os prestadores de serviço com melhores resultados clínicos e menores custos serão recompensados; já os prestadores de serviço ineficientes passarão a assumir as suas despesas decorrentes de erros, eventos adversos e uso desnecessário de recursos, em um cenário que naturalmente cria novos incentivos para que os prestadores otimizem o uso de recursos e se preocupem com o desfecho clínico (VALENCE HEALTH, 2013; PORTER; TEISBERG, 2007).

Em um estudo realizado por Shreve *et al.* (2010), por meio da análise da base de dados das seguradoras com as reclamações para pagamento de incidentes médicos aos prestadores de serviços

de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), identificou-se que os custos de erros médicos nos EUA em 2008 foram de US \$ 19,5 bilhões. Desse montante, a grande maioria (cerca de 87% ou US \$ 17 bilhões) representou um aumento direto nos custos médicos da prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais e de medicamentos controlados a indivíduos afetados por erros médicos. O restante estava associado a custos indiretos, sendo aproximadamente US \$ 1,4 bilhão observados como consequência do aumento das taxas de mortalidade entre indivíduos que experimentam erros médicos e cerca de US \$ 1,1 bilhão relacionados a perda de produtividade devido a reivindicações de incapacidade relacionadas a curto prazo. É importante ressaltar que as estimativas de custos de mortalidade e perda de produtividade foram baseadas em dados limitados e provavelmente são subestimadas. Ambos foram limitados a um período de um ano após o erro, e as mortes foram ainda mais limitadas, àquelas que ocorrem em hospitais (PERELMAN; PONTES; SOUSA, 2014).

Segundo Levinson (2010) a Medicare dos EUA desenvolveu um estudo, em 2010, para estimar a incidência nacional de eventos adversos nos seus beneficiários hospitalizados, avaliar se os eventos eram evitáveis e estimar seus custos. A taxa de incidência dos eventos adversos foi de aproximadamente 13,5% dos beneficiários hospitalizados, e cerca de 1,5% dos pacientes morreram em decorrência do evento adverso. A pesquisa baseou-se em uma amostra representativa de 780 usuários que receberam alta hospitalar no mês de outubro de 2008 associada a análise de auditores médicos que utilizaram as listas de eventos adversos do *National Quality Forum* (NQF) e do *Hospital-Acquired Conditions* (HAC) para validar os eventos. Os médicos determinaram que 44% dos eventos adversos eram evitáveis e os custos com os eventos adversos foram estimados em 324 milhões de dólares.

Estima-se que na União Europeia (UE), considerando todos os Estados-membros, de 8% a 12% dos pacientes internados sofrem algum evento adverso durante seu tratamento e algumas pesquisas abordam os custos associados a esses eventos (PERELMAN; PONTES; SOUSA, 2014). Em 2004, Hoonhout *et al.* (2009), por exemplo, realizaram um estudo na Holanda e constataram que os custos decorrentes dos eventos adversos nos hospitais chegaram a 355 milhões de euros, sendo que 46% desses eventos poderiam ter sido evitados. O custo de um evento adverso foi calculado em 4.446 euros. Para realizar o estudo, os autores utilizaram uma amostra de 7.926 pacientes e enfermeiros, e médicos fizeram uma revisão retrospectiva dos processos clínicos, por meio do protocolo do *Canadian Adverse Event Study* (CAES). Este protocolo consiste na aplicação

de um *screening* de 18 critérios preditivos de eventos adversos e é utilizado pelo *Harvard Medical Practice Study*.

No Brasil, Travassos, Porto, Martins e Mendes (2010) constataram, por meio de um estudo realizado em dois hospitais, que pacientes que apresentaram evento adverso permaneceram no hospital cerca de 28,3 dias a mais do que os outros pacientes, representando um custo de aproximadamente R\$ 1.212.363,30.

Porter e Teisberg (2007) consideram esse cenário como uma oportunidade para os fornecedores alcançarem melhorias simultâneas em qualidade e custos, entretanto, o formato de pagamento *fee-for-service* contribui para uma configuração cômoda, onde os esforços são projetados para ações isoladas associadas a eventuais diminuições e repasses de custos. Um modelo de pagamento como o *fee-for-value*, que responsabiliza o fornecedor pela sua ineficiência, rompe com esse padrão e estimula ações mais adequadas com foco em melhores resultados, mudando a dinâmica do mercado. Entretanto, o modelo *fee-for-service* possui duas grandes vantagens: a alta satisfação dos médicos, devido à elevada renda que este modelo proporciona; e a elevada contribuição da boa relação médico-paciente, visto que ao longo do tempo se construiu a cultura de que quanto mais exames e recursos são utilizados, melhor é o serviço oferecido (WANG, 2015; BESSA, 2011)

Opositores aos modelos de pagamentos baseados em valor, especificamente pagamento por *bundles* (pacotes), 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. Ao excederem o custo negociado pelos serviços, o prestador poderá apresentar perdas financeiras. Além disso, o aumento de variabilidade dos custos também aumenta a exposição do fornecedor ao risco e, conseqüentemente, a perda potencial. Adicionalmente, o perfil dos pacientes atendidos também importa, pois um provedor que atende uma população potencialmente mais cara (muitos pacientes com um alto custo) provavelmente sofrerá mais perdas dentro de um modelo de negociação de remuneração por pacotes, assim como um prestador que apresente grande variabilidade no perfil de atendimento também tenderá a ficar mais exposto ao risco financeiro. Finalmente, o tamanho da população atendida também é fator relevante, já que em um universo populacional pequeno é menos provável

que um paciente com um custo muito elevado seja compensado por pacientes de mais baixo custo (ROBERT; FACHE; MARYLAND, 2015; MECHANIC; TOMPKINS, 2012; MEDPAC, 2013).

Também são apontados potenciais riscos para o paciente, pois o prestador pode reduzir os custos de forma inadequada, prejudicando a assistência; ou pode ainda selecionar os atendimentos, recusando pacientes com alta necessidade de assistência médica ou com comorbidades que, potencialmente, acarretariam mais altos custos de tratamento (SPECTOR, *et al.*, 2015; FEDER, 2013; BURNS, 2013).

Essa visão de alto nível de risco para o provedor pode levar a resistência em relação à adoção do novo modelo de pagamento por parte dos prestadores. Contudo, é importante ressaltar que, para haver pagamento baseado em valor, não basta apenas o pagamento seguir o modelo por *bundles* (pacotes), padronizando e englobando o ciclo completo do cuidado; ele deve estar associado a outros critérios, como melhora da qualidade, mensuração e compensação com base nos resultados. Ao focar no aprimoramento dos resultados, o prestador melhorará a qualidade da assistência, fornecendo o tratamento correto desde o início do atendimento e evitando complicações e readmissões (PORTER; TEISBERG, 2007; WAGNER, 2014). É necessário que se compreenda que nesse raciocínio o foco deixa de ser a redução do custo e passa a ser a melhora da qualidade, diminuindo o risco para o paciente e, em contrapartida, não necessariamente aumentando o risco financeiro para o prestador, pois qualidade e custo normalmente melhoram simultaneamente (PORTER, 2010).

Porter e Teisberg (2007) enfatizam ainda que é necessário maximizar o valor para os pacientes, ou seja, alcançar os melhores resultados com o menor custo, afastando-se de um sistema de assistência médica orientado pelo suprimento, organizado em torno do que os médicos fazem, e em direção a um sistema centrado no paciente, organizado em torno do que os pacientes precisam. Devemos mudar o foco do volume e da lucratividade dos serviços prestados – consultas médicas, hospitalizações, procedimentos e testes – para os resultados alcançados pelos pacientes (PORTER; LEE, 2013).

Um exemplo de sucesso do modelo baseado em valor é o caso do grupo hospitalar alemão Schön Klinik, que investiu profundamente na mensuração dos resultados e custos no nível individual de cada paciente, utilizando os fundamentos de uma estrutura de valor para a assistência médica (KAPLAN; WITKOWSKI; HOHMAN, 2014). A empresa é um grupo hospitalar de propriedade familiar que até 2017 administrava 17 hospitais com quase 10.000 funcionários e está

entre os principais provedores privados de assistência médica na Alemanha, com mais de 100.000 pacientes atendidos por ano. Serve tanto para pacientes com seguro estatutário quanto para pacientes com seguro privado e pacientes internacionais. Seus hospitais na Alemanha são especializados em ortopedia, neurologia e psicossomática (terapia cognitivo-comportamental), com uma receita de 743 milhões de euros em 2015 (BUSINESS MODEL INNOVATION AWARDS, 2017).

A Schön Klinik aceitou participar de um projeto-piloto, liderado por Porter, de custeio focado no paciente e na condição clínica, e associado a atividades baseadas no tempo (TDABC) para medir o custo total do tratamento de artroplastia total de joelho. O projeto de custeio complementa uma iniciativa existente para medição abrangente de resultados. A combinação de mensuração precisa de resultados e custos capacitou o pessoal local – médicos, enfermeiros e administradores – a melhorar o valor dos cuidados prestados. Permitiu também comparações nos vários locais hospitalares do grupo para identificar as melhores práticas que podem ser compartilhadas. O caso terminou com uma decisão sobre o uso de mensuração de resultados e custos para informar a adoção de uma nova abordagem de recuperação que promete diminuir drasticamente o tempo de permanência pós-cirúrgico. No geral, a Schön Klinik apresentou resultados comparáveis às instalações dos EUA enquanto usava duração de estadia muito mais longa (10 dias agudos mais 21 dias de reabilitação), mas custando, durante todo o ciclo de atendimento, menos de um terço do custo dos prestadores dos EUA, que tiveram apenas três dias de estadia. Parte disso pode-se atribuir a diferenças de preço de insumos (por espaço, salários clínicos e implantes), mas grande parte da variação de custos foi causada por diferenças na maneira como os cuidados foram estruturados e no pessoal e recursos utilizados para executar os mesmos processos. A equipe da Schön reconheceu que essas diferenças nunca poderiam ter acontecido com os sistemas de custeio tradicionais que Schön e os EUA estavam usando (KAPLAN; WITKOWSKI; HOHMAN, 2014; THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED, 2015);

2.2. Implantação do modelo de pagamento por valor (*fee-for-value*)

Não obstante as aparentes vantagens discutidas até o momento neste trabalho, a transição de um modelo de pagamento focado em quantidade para um modelo voltado para qualidade é demorada e exigirá um grande esforço do prestador – e até do pagador – pois o processo de definição e mensuração dos resultados em saúde, por exemplo, não é simples e envolverá desde mudança de cultura organizacional até implantação de novos métodos para mensuração de desfechos. Isso porque a maior parte das instituições possui indicadores apenas associados a visão de processos e produção. Tão importante quanto a mensuração do resultado é a sua divulgação; entretanto, não há essa cultura na área da saúde, e os poucos resultados que são mensurados ainda não são divulgados (PORTER; TEISBERG, 2007). Gradativamente, estratégias estão sendo implantadas para padronização, mensuração e divulgação de desfechos, e instituições internacionais, como a *International Consortium for Health Outcome Measurements* (ICHOM), estão mais avançadas e já disponibilizam informações (ICHOM, 2019). No Brasil, há o projeto da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP, que está em fase de construção do seu painel de indicadores de desempenho para divulgação das informações. Entretanto, não está claro se as informações serão divulgadas para a sociedade ou serão apenas utilizadas para *benchmarking* entre os hospitais participantes do projeto.

É importante entender que a divulgação das informações é uma parte imprescindível do processo de mudança. Porter e Teisberg (2007) ressaltam que a divulgação dos dados, a cultura de prestação de contas e inclusão dos cidadãos no processo de tomada de decisão dos seus cuidados à própria saúde, são premissas da competição baseada em valor, portanto, sem o compartilhamento dos resultados em saúde não é possível estimular uma competição baseada em valor.

Outro considerável desafio é a estruturação dos custos, nesse sentido observa-se no Brasil a existência de hospitais que não mensuram os seus custos ou que mensuram por meio de uma estrutura tradicional, que não é adequada para implantação do *fee-for-value*. Martins *et al* (2015) por exemplo, constatou, por meio de uma pesquisa com 11 hospitais universitários federais localizados nas 5 regiões geográficas do Brasil, que 7 hospitais informaram não utilizar métodos de custeio no momento da pesquisa e não ter planejamento ou projeção para implantação em curto prazo, dos 4 hospitais que utilizavam algum método de custeio, 2 informaram utilizar o método por absorção, que é considerado pela literatura como tradicional.

Segundo Reis (2005) os métodos de custeio tradicionais são divididos em: Pleno, Absorção, Direto/Variável e apresentam uma característica comum: são métodos de custeamento baseado em volume – VBC (*Volume Based Costing*). Abbas (2004) e Jacques (2002) acrescentam que estes métodos possuem como base o rateio relacionado ao volume, ou seja, assume-se nesse modelo que os custos dos produtos e serviços variam conforme o volume, partindo do pressuposto de que todo produto e serviço é igual e custa o mesmo valor, tendo o seu custo individual determinado pela média.

Nesse contexto, Brimson ressalta:

Os sistemas convencionais de contabilidade de custos foram desenhados para épocas anteriores, quando a mão de obra direta e os materiais eram os fatores de produção determinantes, a tecnologia era estável, as despesas indiretas apoiavam o processo produtivo e existia um número limitado de produtos. [...] Os sistemas convencionais de contabilidade de custos apresentam números distorcidos e agregados baseados em padrões de comportamento errados. A informação chega muito tarde para impactar as decisões e não estimula as modificações necessárias para competir em um ambiente de negócios dinâmico. (BRIMSON, 1996, p. 7)

Diante das novas necessidades, segundo Abbas *et al* (2016), na década de 80 foi proposto por Cooper e Kaplan um novo modelo de custeio, sendo baseado em atividade (ABC). Nesse modelo, parte-se do princípio de que:

[...] não é o produto ou serviço que consome recursos, mas sim, que os recursos são consumidos pelas atividades e estas, por sua vez, são consumidas pelo produto ou serviço. [...] A metodologia de apuração de custos ABC é basicamente constituída de recursos, atividades, objetos de custos e direcionadores de custos. Os recursos são representados pelas despesas que transformam o dia da empresa, como por exemplo mão de obra, material e tecnologia. As atividades descrevem o que uma empresa faz, a forma como o tempo é gasto e os produtos do processo. (ABBAS, 2004, p. 6)

Entretanto, diversas pesquisas nacionais e internacionais que buscaram identificar qual sistema de custo é mais utilizado pelas instituições hospitalares corroboraram que o modelo de custeio ABC até 2007 era pouco utilizado. Miranda *et al.* (2007), por exemplo, constataram, por meio de um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros, que 3% da amostra nunca haviam ouvido falar sobre o sistema de custeio ABC, 15% não se interessavam pelo processo de

implantação do modelo, 44% dos pesquisados mencionaram estar avaliando a possibilidade de implantar o modelo, 24% haviam decidido não utilizar o modelo e apenas 15% haviam decidido usá-lo, estavam em processo de implantação ou já haviam implantado, e desses somente um hospital possuía o custeio ABC implantado há mais de dois anos. A pesquisa utilizou uma amostra de 34 hospitais filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, o equivalente a 30% dos 115 filiados. Todos os hospitais eram de grande porte, sendo que 74% deles realizavam procedimentos básicos, de média e alta complexidade e 64% possuíam mais de 200 leitos (MIRANDA; CARVALHO; MARTINS; FARIA, 2007).

Aillón (2013) e Barret (2005) consideram que as organizações não adotaram esse modelo devido à complexidade, à dificuldade e à onerosidade envolvidas no processo de implantação e manutenção.

Diante de tantas críticas e baixa adesão ao modelo, uma nova modelagem de cálculo de custos foi proposta. O Custeio Baseado em Atividade e Tempo (*Time-Driven Activity-Based Costing* - TDABC) é uma estratégia desenvolvida por Kaplan e Porter (2011) e foi utilizada no projeto-piloto do grupo hospitalar Schön Klinik. Esta metodologia de custeio é baseada no paciente e sua condição médica, correlacionando o tempo dos profissionais e os recursos utilizados durante o atendimento assistencial. O grupo hospitalar alemão possuía alto nível de maturidade em mensuração de resultados e avaliação de custos. Os resultados já eram mensurados por paciente, mas como eles ainda utilizavam a estruturação de custos por unidade, o processo de mudança ocorreu por meio de uma abordagem de baixo para cima, dividida em duas etapas. Primeiro, a equipe clínica e administrativa identificou todos os possíveis processos clínicos e administrativos que um paciente com uma determinada condição médica poderia sofrer em um ciclo completo de cuidados. O time criou "mapas de processos" que ilustravam a sequência do atendimento do paciente. Durante essa etapa, a equipe também identificou os recursos (pessoas e equipamentos) usados em cada processo e o período de tempo durante o qual cada recurso foi utilizado. Na segunda etapa, a equipe estimou os custos e capacidade prática de cada tipo de recurso, usando dados do livro de contabilidade, do sistema de informações de recursos humanos e as contas de investimento de capital (KAPLAN; WITKOWSKI; HOHMAN, 2014).

A mensuração dos resultados e custos por paciente, contemplando toda a sua trajetória, torna-se uma tarefa ainda mais desafiadora no Brasil, em um cenário onde um único prestador de serviços frequentemente possui diversos sistemas que dificilmente se conversam, comprometendo

sobremaneira o cruzamento dos dados assistenciais com os dados financeiros na sua própria instituição. Em outras palavras, para viabilizar uma estrutura robusta de coleta de informações é necessário também o investimento em uma plataforma que permita a integração entre os sistemas para a captação das informações e monitoramento dos indicadores (PORTER; LEE, 2013). Ao refletirmos quanto aos resultados e custos na trajetória completa do paciente, contemplando sua jornada em todo o sistema de saúde, a situação se torna ainda mais complexa, pois há uma fragmentação de informações no Sistema Único de Saúde (SUS) e não há comunicação com o Sistema de Saúde Suplementar, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço privados (PEDROSO; MALIK, 2015).

Ainda em um nível mais amplo do cuidado, considerando a trajetória completa do paciente (promoção até reabilitação), Porter e Teisberg (2007) propõem a implantação de Unidades de Prática Integrada (UPIs). Essas unidades possuem foco apenas em um grupo definido de condições de saúde e doenças associadas. Os autores citam o M.D. Anderson Câncer Center, que implantou mais de 12 clínicas que integram atendimento a tipos específicos de câncer, como exemplo de UPI. Cada clínica dispõe de um grupo específico de especialistas (oncologistas, patologistas, cirurgiões, radiologistas, entre outros), possibilitando que o paciente seja atendido por diversos especialistas em uma consulta. Além disso, há uma equipe multiprofissional especializada para fornecer todo o cuidado ao paciente, ao passo que a instalação da clínica e da internação é especializada por tipo de câncer, assim como grande parte da equipe hospitalar. Porter e Lee (2013) reforçam que este formato deixa claro o papel de cada profissional e os estimula a buscar aprimoramento contínuo. O grupo hospitalar Schön Klinik, que também está organizado conforme a lógica de UPI, antes de implantar o projeto piloto do TDABC em uma de suas unidades, tentou implantar inúmeros projetos para redução e estruturação de custos, mas não obteve sucesso, pois a equipe não se sentia parte do processo e acreditava que as ações estavam restringindo sua atuação. No entanto, após a modificação da abordagem, a equipe passou a entender a importância de entregar valor e melhorou o cuidado prestado (KAPLAN; WITKOWSKI; HOHMAN, 2014). A prática de mensuração de resultados e custos voltados a cada paciente é comum nas unidades do grupo, pois a equipe monitora e compartilha os dados por meio de uma plataforma interna, responsabilizando-se pelos resultados (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED, 2015).

No exemplo da M.D. Anderson Câncer Center, as UPIs são gerenciadas por um médico chefe e um diretor administrador do centro (geralmente um enfermeiro sênior), mas eles continuam

com uma estrutura de subordinação tradicional, em que os médicos respondem tanto para o chefe na unidade como para o chefe do departamento da especialidade. Porter e Teisberg (2007) ressaltam a necessidade de os profissionais especializados estarem dedicados integralmente à UPI, tendo uma subordinação e prestação de contas com a UPI, e não com o departamento de especialidade técnica. Com o tempo, a UPI com maior capacidade de entregar valor em determinados cuidados deve aumentar a sua abrangência de atuação. Com o aumento da abrangência, regional ou até mesmo nacional, a UPI aprimorará mais a sua atuação, tendo cada vez mais equipes e instalações especializadas, o que propiciará um acúmulo de experiências que permitirá melhorar a eficiência e produzir conhecimentos (PORTER; LEE, 2013).

Contudo, esse processo não será fácil, pois demanda a mudança do pensamento de que o hospital deve ser o ponto único de atendimento, atendendo toda a linha de cuidados, mesmo sem experiência e domínio no serviço prestado. Por outro lado, apesar de todos os desafios, é possível identificar no mercado exemplos de prestadores que estão gradativamente implantando estratégias baseadas em valor, e que, supostamente, terão, a longo prazo, mais alto poder de influência e vantagem competitiva (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2016).

Acredita-se que as únicas perguntas que a maioria dos prestadores de hoje enfrentarão em um futuro não muito distante não serão se eles se juntarão ao movimento de assistência médica baseada em valor, mas sim, quando eles se juntarão e a quais cuidados e modelos eles irão aderir (VALENCE HEALTH, 2013).

3. PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS

Quais fatores contribuem para a baixa adesão ao processo de implantação do modelo de pagamento *fee-for-value* em hospitais brasileiros?

Objetivo geral: Descrever e analisar a concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração *fee-for-value*.

Objetivos específicos: Conhecer e analisar a percepção dos líderes quanto:

- a) à necessidade de mudança do modelo de remuneração (de *fee-for-service*).
- b) ao modelo de pagamento *fee-for-value*.
- c) à mensuração e divulgação dos desfechos e UPIs.
- d) às principais necessidades e motivos que atualmente limitam essa mudança de modelo de pagamento.

4. METODOLOGIA

4.1. Pesquisa bibliográfica

Foram utilizados os seguintes unitermos ou temas para a realização da pesquisa bibliográfica: pagamento hospitalar, remuneração hospitalar, pagamento por performance, *fee-for-service*, *fee-for-value*, *pay for performance*, *payment health*, *health care*, *fee-for-value results*, situação financeira das operadoras de saúde.

A pesquisa bibliográfica foi feita por meio de levantamento no acervo digital da biblioteca da Fundação Getulio Vargas e da Harvard Business School, incluindo o catálogo de dissertações e teses. Foram ainda realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Já as bases de dados utilizadas foram principalmente SciELO e LILACS.

4.2. Delimitação da população

A escolha da população a ser estudada baseou-se no interesse de pesquisar o sistema de pagamento do mercado de saúde suplementar. Sendo assim, a população estudada apresenta ou apresentou vínculo com instituições do setor privado. Considerou-se como critério de exclusão para o estudo gestores que possuem vínculos com hospitais que servem exclusivamente ao Sistema Único de Saúde – SUS (hospitais públicos municipais, estaduais e federais), pois esses apresentam um modelo específico de remuneração que não é objeto deste estudo.

4.3. Amostra

De acordo com Saunders, Lewis e Thornhill (2012), há dois grupos de métodos de amostragem em investigação científica: o primeiro é a amostra probabilística ou representativa, e para a utilização desse tipo de amostra é necessário basear-se em cálculos estatísticos específicos, pois a amostra é escolhida estatisticamente e aleatoriamente, sendo possível identificar probabilidades; o segundo é a amostra não probabilística, de julgamento, intencional ou de intenção racional, método no qual a seleção da amostra é feita com base em julgamentos subjetivos.

Optou-se por utilizar neste trabalho a amostra não probabilística ou intencional, na qual a autora se dirigiu intencionalmente ao grupo cuja opinião desejava saber, sendo assim, o resultado apresenta validade apenas para o grupo estudado, não podendo ser generalizado (BARROS, LEHFELD, 1986).

Foram enviados convites para participação do estudo para 107 líderes que atendiam os critérios definidos pela autora, como: líderes estratégicos para o processo de implantação do pagamento baseado em valor ; aqueles que possuem atuação direta no processo, podendo ocupar posição hierárquica de presidente, diretor, gerente e administrador hospitalar; que apresentam ou apresentaram até 2019 vínculo trabalhista com hospitais de natureza privada ou beneficente sem fins lucrativos; que possuem contratos particulares (diretamente com o paciente) ou com operadoras de saúde. Dos 107 líderes contatados, 101 eram diretores e presidentes, 4 gerentes e 2 supervisores e coordenadores; desses, 59 aceitaram participar do estudo, mas apenas 30 apresentaram disponibilidade para realizar a entrevista no período proposto pela autora. Não se considerou a possibilidade de extensão do tempo para realização de entrevista, pois identificou-se a saturação dos dados, não havendo comprometimento da qualidade da análise com a restrição no número de entrevistas (STRAUSS; CORBIN, 2008). Além disso, segundo Dworkin (2012) pode-se considerar 25 a 30 participantes como um intervalo mínimo para trabalhos com entrevistas em profundidade ou semiestruturadas. Conforme o autor, esse número oferece garantias de que as informações coletadas permitem estabelecer respostas de qualidade para a questão em investigação.

4.4. Método de coleta de dados

O presente estudo buscou descrever e analisar a concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração *fee-for-value*. Partindo de um pressuposto desconhecido, sem respostas certas e com o objetivo de gerar conhecimento teórico-prático, optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, com natureza aplicada descritivo-exploratória.

A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou sem respostas apropriadas. Uma vez que a pesquisa qualitativa simultaneamente coleta, analisa e reformula

perguntas, ela é particularmente apropriada para novos tópicos e temas. (KERR; KENDALL, 2013, p. 14)

Kincheschi, Alves e Fernandes (2015) citam que pesquisas de natureza aplicada objetivam gerar conhecimento para a aplicação prática e corroboram que estudos com pouco conhecimento sobre os assuntos a serem abordados e que desejam descrever uma determinada população, possuem espécie exploratório-descritivas.

Para a coleta de dados, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de uma entrevista semiestruturada com cada um dos líderes de hospitais privados selecionados. Em relação à pesquisa de campo, Marconi e Lakatos (2003) definem como indagações empíricas, cujo foco é levantar questões com o propósito de estabelecer hipóteses, elucidar conceitos e desenvolver familiaridade com o fenômeno estudado. Severino (2007, p. 125) estabelece que “ Entrevistas semiestruturadas são aquelas em que o entrevistador possui um roteiro, mas ele permite que a conversa seja conduzida sem seguir uma mesma direção, alterando a ordem das perguntas ou até modificando-as, conforme a entrevista for evoluindo”.

Optou-se por realizar pesquisa semiestruturada, pois este tipo de método deixa o entrevistado mais à vontade, permite que o autor faça um planejamento da coleta das informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos, sem desconsiderar elementos importantes que não faziam parte do roteiro inicial (MANZINI, 2003).

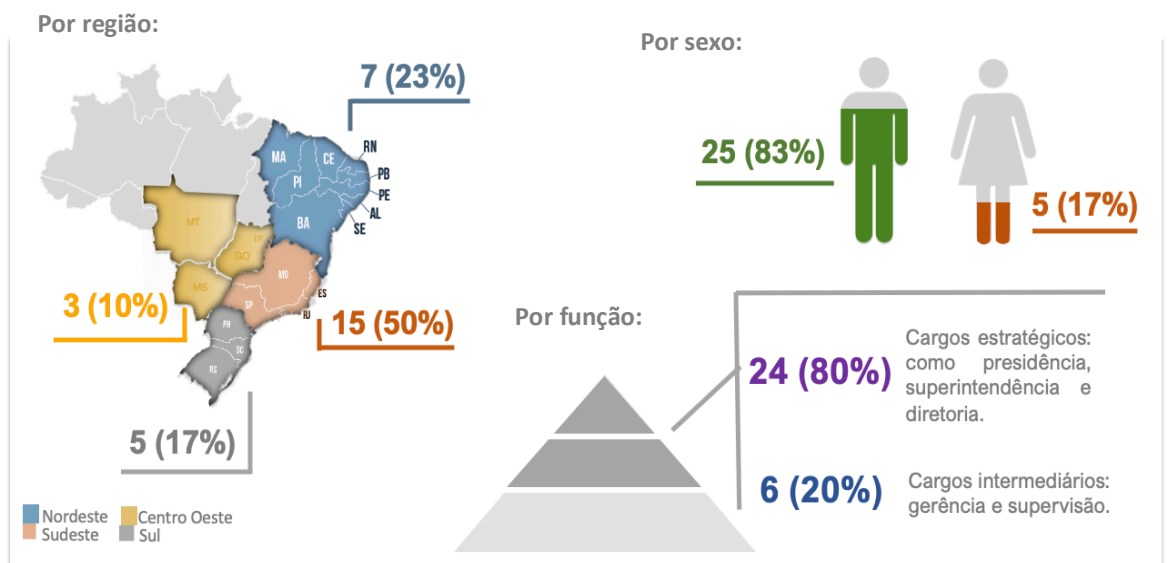
As entrevistas ocorreram por meio de chamadas *online*, utilizando um roteiro com perguntas abertas (APÊNDICE A); tiveram duração mínima de 30 minutos e máxima de uma hora e foram gravadas em meio digital, para posteriormente serem transcritas e analisadas. Após a aprovação do trabalho, todas as gravações foram apagadas.

Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), devidamente aprovado pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas (APÊNDICE C), garantindo o absoluto sigilo dos entrevistados e solicitando autorização para a publicação dos resultados em meios científicos. Portanto, os nomes dos participantes foram substituídos por “Entrevistado” ou pela abreviação “E”.

4.5. Perfil dos entrevistados

Conforme a figura 1, observa-se que a metade dos 30 entrevistados são da região Sudeste e não houve nenhum entrevistado na região Norte. Quanto ao sexo, destaca-se que a maioria é do sexo masculino. Todos os líderes possuíam experiência em hospitais, sendo que 27 (90%) possuem vínculo trabalhista com um hospital e 3 (10%) já tiveram vínculo trabalhista com hospitais, mas atualmente atuam como pessoa jurídica em projetos pontuais para diferentes instituições hospitalares. A maior parte, representam ou representaram cargos estratégicos, como presidência, superintendência e diretoria. É importante ressaltar que todos afirmaram possuir relação direta com o processo de pagamento da instituição, seja por meio de decisões estratégicas ou através de atuações associadas a criação de *bundles*, negociações e cobranças financeiras.

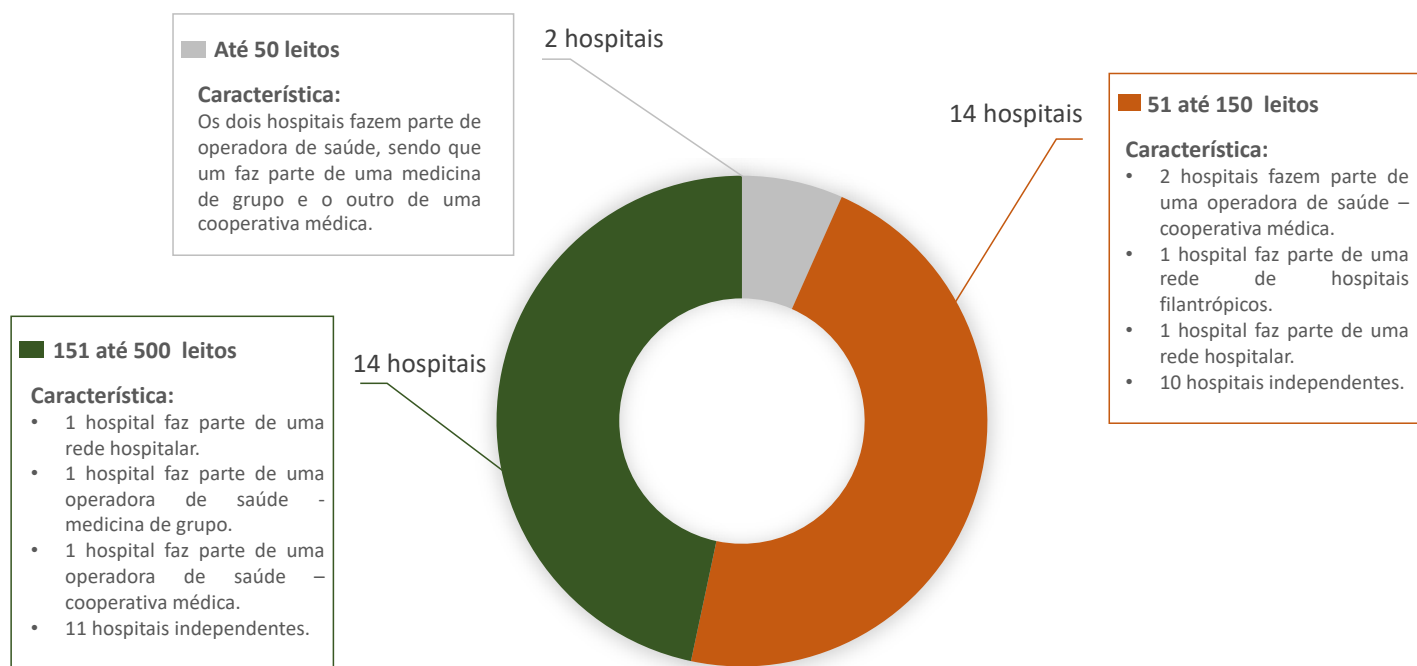
Figura 1 - Perfil dos entrevistados, por região, sexo e função.



Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Quanto à característica dos hospitais com que os entrevistados possuem ou possuíam vínculo, 15 fazem parte dos hospitais associados à ANAHP. Observe-se também, por meio do Gráfico 3, que em sua maioria os hospitais são independentes e possuem entre 151 a 500 leitos.

Gráfico 3 – Características dos hospitais com que os entrevistados possuem ou possuíam vínculo



Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

4.6. Análise de dados

Após a transcrição, as informações foram analisadas por meio de um conjunto de técnicas de análise de conteúdo, conforme o modelo proposto por Bardin (2011). A autora considerou 3 fases básicas, sendo: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; interpretação e inferência. As três fases fazem parte do processo de organização da análise para o desenvolvimento do método e serão apresentadas a seguir.

4.6.1. Pré-análise

Esta fase é semelhante à organização do material de pesquisa. Tem início na própria elaboração do projeto, desde o levantamento de material bibliográfico sobre o objeto de estudo até a definição

do *corpus* (conjunto de dados) que será analisado. Conforme Bardin (2011) é necessário sistematizar as ideias iniciais em 5 etapas:

- a) Leitura flutuante: o autor deve conhecer o conteúdo e criar familiaridade; portanto, nesta etapa, foi realizada a leitura de todo o material coletado por meio das entrevistas.
- b) Escolha dos documentos: a seguir devem-se escolher os documentos que comporão o *corpus* da análise; para este estudo foram escolhidas as entrevistas que foram realizadas, cumprindo as seguintes regras estabelecidas por Bardin (2011): *exaustividade*, exige que nenhum documento seja deixado de fora; portanto, foi utilizado para análise todo o material coletado nas entrevistas; *homogeneidade*, esta regra exige que os documentos tenham o mesmo tema; dessa forma, as entrevistas desse estudo foram realizadas respeitando o tema de pesquisa; e a última regra, que é a *pertinência*, diz que os documentos devem ter correlação com os objetivos da análise, desse modo, foram desconsiderados os comentários feitos ao longo da entrevista e que não estavam alinhados com o objetivo de análise; por exemplo: comentários associados a pandemias, história dos hospitais, clima e cotidiano.
- c) Formulação das hipóteses e objetivos de análises: as hipóteses foram formuladas juntamente com o roteiro de entrevista (APÊNDICE A) e os objetivos específicos do estudo foram considerados como os objetivos de análise, tornando-se alicerce para a leitura dos documentos. Veja o exemplo abaixo:

Quadro 1 - Exemplo de formulação das hipóteses

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos líderes quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração (<i>fee-for-service</i>).
	Hipótese: Os líderes não possuem um entendimento quanto à necessidade de mudança do sistema de pagamento <i>fee-for-service</i> .
Origem dos elementos:	Do seu ponto de vista, por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

d) Referenciação dos índices e elaboração dos indicadores: são considerados elementos de marcação que possibilitam a extração da essência da mensagem de uma comunicação. É neste momento que ocorrem as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de algumas das modalidades de codificação para o registro dos dados (BARDIN, 2011). Neste estudo, conforme exemplo abaixo, optou-se por definir os índices por meio de um dicionário analógico que agrupa sob títulos conceptuais palavras com significados semelhantes, para posteriormente efetuar uma organização sistemática dos indicadores; essa prática também é sugerida por Bardin (2011).

Quadro 2 - Exemplo de referenciação dos índices e elaboração dos indicadores

Índice / Dicionário	Indicadores / Unidade de registro
Insustentabilidade financeira	Não se paga
	Insustentável
	Insustentável
	Insustentável
	Buscar
	sustentabilidade
	Inviável sustentar
Insustentável	

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Portanto, para atingir o objetivo de análise, partiu-se de uma hipótese que auxiliou na formulação da pergunta do roteiro de entrevista, realizaram-se as entrevistas e transcrições, posteriormente realizou-se a leitura flutuante, e por fim foi feita a sinalização das palavras com significados semelhantes e a criação dos índices, utilizando a ferramenta “Comentário” do programa Word. Paralelamente, evolui-se para a última etapa da pré-análise.

- e) Preparação do material: última etapa desta fase, consiste na organização e padronização do material. Foram selecionados os recortes dos textos, ou seja, os parágrafos e as frases de onde os indicadores e índices foram retirados, também por meio da ferramenta “Comentário” do Word. É importante ressaltar que as transcrições iniciais e o arquivo utilizado para seleção dos índices e indicadores não foram excluídos, tendo sido criadas diversas cópias ao longo do processo. Optou-se, então, por extrair os elementos selecionados na fase anterior e passá-los para um arquivo do Excel, possibilitando um melhor agrupamento e organização do material.

4.6.2. Exploração do material

Essa fase consiste em fazer a codificação das informações. Segundo Bardin (2011, p.133), “codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

Para realização da codificação, faz-se necessário escolher todos os recortes (escolha das unidades), a enumeração (definição das regras de contagem), a classificação e a agregação (determinação das categorias ou categorização) (BARDIN, 2011). A seguir, apresenta-se o processo de desenvolvimento de cada item:

- a) Recortes (unidades): optou-se por utilizar como unidade de registro ou indicadores as palavras que, conforme referido anteriormente, foram agrupadas de acordo com o mesmo significado. Bardin (2011) considera a unidade de registro como uma unidade base, que visa a categorização e a contagem frequencial. Já a unidade de contexto, conforme a autora, serve como unidade de compreensão para codificar a unidade de registro, podendo ser a frase para a palavra ou o parágrafo para o tema. Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a frase como unidade de contexto. Entretanto, em determinadas categorias, para se obter a real compreensão do sentido, fez-se necessária a utilização do parágrafo. Apresenta-se abaixo um exemplo.

Quadro 3 - Exemplo de recortes (unidades)

Índice / Dicionário	Indicadores / Unidade de registro	Unidade de contexto
Insustentabilidade financeira	<p>Não se paga</p> <p>Insustentável</p> <p>Insustentável</p> <p>Insustentável</p> <p>Buscar sustentabilidade</p> <p>Inviável sustentar</p> <p>Insustentável</p>	<p>E1 - "Então, a necessidade de mudar é porque esse sistema não se sustenta mais, ele não se paga."</p> <p>E2 - "Porque está ficando insustentável. [...] Então, eu entendo que esse modelo de pagamento por serviço está ficando insustentável por “n” razões. Com certeza o excesso, o overuse que esse modelo do fee-for-service gera, é algo que é bastante expressivo."</p> <p>E3 - "Por ser um modelo hoje insustentável."</p> <p>E11 - "Estão tentando buscar uma sustentabilidade para um mercado que ficou mal explorado há muito tempo, e que hoje chegou a um ponto em que está ficando inviável sustentar a fonte pagadora com a fonte prestadora."</p> <p>E14 - "Eu acredito que essa discussão está acontecendo, porque da maneira que está o modelo atual de remuneração, ele é insustentável, hoje o país destina próximo dos 10% do PIB para a saúde e daqui a 20 anos esse número vai mais que dobrar, então algumas ações precisam ser discutidas, esse modelo atual, na minha opinião, não vai se sustentar."</p>

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

- b) Enumeração (regras de contagem): uma vez definido o que será contado – no caso do presente trabalho, as palavras que correspondem as unidades de registro –, faz necessário definir a regra de contagem, ou seja, o modo como essas palavras serão contadas (BARDIN, 2011). Conforme exemplo abaixo, optou-se por utilizar como regra de contagem a frequência com que as palavras foram citadas, foram repetidas ou foram usadas palavras com mesmo significado diante de um determinado contexto.

Quadro 4 - Exemplo de Enumeração (regras de contagem)

Índice / Dicionário	Indicadores / Unidade de registro	Unidade de contexto	Enumeração
Insustentabilidade financeira	Não se paga Insustentável Insustentável Insustentável Buscar sustentabilidade Inviável sustentar Insustentável	<p>E1 - "Então, a necessidade de mudar é porque esse sistema não se sustenta mais, ele não se paga."</p> <p>E2 - "Porque está ficando insustentável. [...] Então, eu entendo que esse modelo de pagamento por serviço está ficando insustentável por "n" razões. Com certeza o excesso, o overuse que esse modelo do fee-for-service gera, é algo que é bastante expressivo."</p> <p>E3 - "Por ser um modelo hoje insustentável."</p> <p>E11 - "Estão tentando buscar uma sustentabilidade para um mercado que ficou mal explorado há muito tempo, e que hoje chegou a um ponto em que está ficando inviável sustentar a fonte pagadora com a fonte prestadora."</p> <p>E14 - "Eu acredito que essa discussão está acontecendo, porque da maneira que está o modelo atual de remuneração, ele é insustentável, hoje o país destina próximo dos 10% do PIB para a saúde e daqui a 20 anos esse número vai mais que dobrar, então algumas ações precisam ser discutidas, esse modelo atual, na minha opinião, não vai se sustentar."</p>	7

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

c) Classificação e a agregação (determinação das categorias ou categorização):

Bardin (2011) considera esse processo como:

[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com critérios previamente estabelecidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns desses elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam a ansiedade ficam agrupados na categoria "ansiedade", enquanto que os que significam a descontração ficam agrupados sob o título conceitual "descontração"), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem). (BARDIN, 2011, p. 147)

Neste estudo, decidiu-se utilizar como critério de categorização o tema. Dessa forma, os objetivos de pesquisa, juntamente com as hipóteses, foram considerados como temas centrais. Para

realização desse processo, primeiramente os elementos foram isolados (feito o inventário) e em seguida buscou-se impor uma organização às mensagens (classificação), conforme técnica sugerida por Bardin (2011). Para facilitar a compreensão, optou-se por referenciar a origem dos elementos encontrados, ou seja, apresentar de qual pergunta os elementos das unidades de registro e contexto foram extraídos. Veja-se o exemplo abaixo.

Quadro 5 - Exemplo de classificação e a agregação

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos líderes quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração (<i>fee-for-service</i>).		
	Hipótese: Os líderes não possuem um entendimento quanto à necessidade de mudança do sistema de pagamento <i>fee-for-service</i> .		
Origem dos elementos:	Do seu ponto de vista, por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?		
Índice / Dicionário	Indicadores / Unidade de registro	Unidade de contexto	Enumeração
Insustentabilidade financeira	<p>Não se paga</p> <p>Insustentável</p> <p>Insustentável</p> <p>Insustentável</p> <p>Buscar sustentabilidade</p> <p>Inviável sustentar</p> <p>Insustentável</p>	<p>E1 - "Então, a necessidade de mudar é porque esse sistema não se sustenta mais, ele não se paga."</p> <p>E2 - "Porque está ficando insustentável. [...] Então, eu entendo que esse modelo de pagamento por serviço está ficando insustentável por "n" razões. Com certeza o excesso, o overuse que esse modelo do fee-for-service gera, é algo que é bastante expressivo."</p> <p>E3 - "Por ser um modelo hoje insustentável."</p> <p>E11 - "Estão tentando buscar uma sustentabilidade para um mercado que ficou mal explorado há muito tempo, e que hoje chegou a um ponto em que está ficando inviável sustentar a fonte pagadora com a fonte prestadora."</p> <p>E14 - "Eu acredito que essa discussão está acontecendo, porque da maneira que está o modelo atual de remuneração, ele é insustentável, hoje o país destina próximo dos 10% do PIB para a saúde e daqui a 20 anos esse número vai mais que dobrar, então algumas ações precisam ser discutidas, esse modelo atual, na minha opinião, não vai se sustentar."</p>	7

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

É importante ressaltar que todo o processo, desde a elaboração dos índices até a definição dos nomes das categorias, foi realizado sem considerar as perguntas do roteiro e sem formulação prévia de categorias; por isso, no exemplo apresentado acima, não há ainda uma categoria estabelecida. Bardin (2011) denomina esse processo como "acervo" e reforça que desta forma o

título conceitual da categoria será definido somente no final. A autora ressalta que as categorias finais resultam do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade mais fraca e reforça que é necessário respeitar os seguintes princípios para garantir qualidade e consistência: exclusão mútua (um elemento não pode existir em mais de uma divisão), homogeneidade (um único princípio de classificação deve estabelecer a sua organização), pertinência (as categorias devem estar alinhadas com o objetivo de estudo), objetividade e fidelidade (as variáveis que são tratadas devem ser claramente definidas, assim como deve definir os índices que determinam a entrada de um elemento em uma categoria) e produtividade (a categoria deve fornecer resultados férteis).

Neste sentido, considerou-se no processo de categorização a possibilidade de distribuição em três dimensões semânticas: a categoria, que representa uma dimensão de maior abrangência, a subcategoria I, também chamada de primária, representando elementos de abrangência intermediária e a subcategoria II ou secundária, representando os elementos de menor abrangência. Após diversos reagrupamentos, mantendo a fidelidade com os princípios citados (exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade), foram estabelecidas 12 categorias que foram agrupadas conforme o tema; todas possuem os parâmetros para inclusão das unidades de registro e de contexto, seguindo os princípios citados acima. A apresentação de um exemplo das categorias, juntamente com as unidades de registro e unidades de contexto está disponível no APÊNDICE D. A seguir, conforme o Quadro 6, será apresentado um exemplo do resultado final da categorização (perceba que os índices /dicionários, apresentados nos exemplos anteriores, tornaram-se subcategorias secundárias) e posteriormente serão expostas as 12 categorias, agrupadas conforme o tema, juntamente com a sua definição.

Quadro 6 - Exemplo do resultado final da categorização.

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos líderes quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração (<i>fee-for-service</i>).	
	Hipótese: Os líderes não possuem um entendimento quanto a necessidade de mudança do sistema de pagamento <i>fee-for-service</i> .	
Origem dos elementos:	Do seu ponto de vista, por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?	
Categoria	Subcategoria I	Subcategoria II
Atributos negativos	Distorcido	O hospital como vendedor de insumos
		Não estimula a qualidade
		Ganha pela ineficiência
		Não tem foco no paciente
		Centrado na doença
	Perda financeira	Insustentabilidade financeira
		Onerosidade
		Prejuízo
	Desperdício	Centrado na quantidade
		Utilização desnecessária
	Interações equivocadas	Não divide o risco
		Desconfiança

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

3.6.2.1 Definição das categorias

A definição das categorias e apresentação das subcategorias I e II serão apresentadas conforme o agrupamento dos seguintes temas:

3.6.2.1.1 Tema: *percepção quanto à necessidade de mudança do modelo de pagamento fee-for-service*

Categoria atributos negativos: corresponde apenas aos elementos negativos utilizados pelos entrevistados para explicar a necessidade de mudança do modelo de pagamento atualmente utilizado. Dessa categoria emergiram quatro subcategorias I, que serão apresentadas a seguir:

- a) Subcategoria I – distorcido: é composta por unidades de registro, referidas pelos entrevistados, que estão associadas a uma visão distorcida que o modelo *fee-for-service* proporcionou ao mercado. Por meio das subcategorias II, é possível identificar os tipos de distorção mencionadas: o hospital como vendedor de insumos, não estimula a qualidade, ganha pela ineficiência, não tem foco no paciente e centrado na doença.
- b) Subcategoria I – perda financeira: emergiu a partir das unidades de registro associadas ao impacto financeiro causado pelo sistema de pagamento *fee-for-service*; é possível observar os tipos de impactos financeiros por meio das 3 subcategorias II: insustentabilidade financeira, onerosidade e prejuízo para o setor.
- c) Subcategoria I – desperdício: está relacionada à visão, de que o sistema de pagamento estimula o uso de insumos, sem considerar a sua necessidade e pertinência e é representada pelas subcategorias II: centrado na quantidade e utilização desnecessária.
- d) Subcategoria I – interações equivocadas: emergiu a partir das unidades de registro associadas a mudança do processo de interação entre os envolvidos (principalmente o prestador de serviço e a fonte pagadora) ocasionada pelo sistema de pagamento *fee-for-service*. Por meio das subcategorias II: não divide o risco e desconfiança, é possível observar os tipos de interações estabelecidas entre os hospitais e a fonte pagadora.

Categoria atributos neutros: corresponde apenas aos elementos neutros utilizados pelos entrevistados para explicar a necessidade de mudança do modelo de pagamento atualmente utilizado. Neste caso considerou-se como elementos neutros respostas associadas a processos naturais de mudança. Dessa categoria emergiram duas subcategorias I:

- a) Subcategoria I – modelo inspirado nos EUA: está associado à visão de que o Brasil se espelha nas práticas internacionais;
- b) Subcategoria I – evolução: corresponde aos elementos utilizados para referir que o sistema de pagamento no setor da saúde está em processo constante de evolução e que a inclusão de novos modelos para talvez substituir modelos antigos é natural.

Categoria atributos positivos: emergiu dos elementos que caracterizaram o modelo de pagamento *fee-for-service* como um modelo positivo. Dessa categoria emergiu apenas uma subcategoria I:

- a) Subcategoria I – um bom modelo: está associada aos elementos utilizados para referir que o modelo de pagamento baseado em serviço não é totalmente ineficiente, podendo ser melhorado por meio de uma remodelagem, evitando a necessidade de inclusão de outros modelos.

3.6.2.1.2 Tema: concepção dos líderes sobre o modelo de pagamento *fee-for-value*

Categoria compreensão sobre o modelo baseado em valor: está vinculada aos elementos utilizados para referir a concepção quanto ao *fee-for-value*; possui três subcategorias I (atributos positivos, negativos e neutros), que serão apresentados a seguir:

- a) **Subcategoria I atributos positivos:** emergiu dos elementos que caracterizaram o modelo de pagamento *fee-for-value* como um modelo positivo; é composta por 6 subcategorias II:
 - o Subcategoria II – remuneração por desfecho: é composta por elementos, referidos pelos entrevistados, que associam o modelo de pagamento baseado em valor com o desfecho clínico apresentado pelo paciente.
 - o Subcategoria II – foco nas necessidades do paciente considerando toda a linha de cuidado: está associada ao conceito de que o pagamento baseado em valor coloca as

necessidades do paciente no centro da tomada de decisão, considerando toda a trajetória dele.

- Subcategoria II – modelo justo: está correlacionada ao pensamento de que o modelo *fee-for-value* remunera conforme o desempenho, remunerando melhor quem apresenta melhores resultados e qualidade.
- Subcategoria II – modelo sustentável: está atrelado ao conceito de que o modelo *fee-for-value* não estimula o desperdício.
- Subcategoria II – garante a geração de valor: está associado ao conceito de que o pagamento baseado em valor está ligado a equação numérica: custo dividido por qualidade de entrega.
- Subcategoria II – foco na gestão: está relacionado ao pensamento de que o modelo de pagamento baseado em valor estimula a visão para a gestão de recursos e cuidado e não mais para o controle dos gastos e conta.

b) Subcategoria I – atributos neutros: é composta por unidades de registro que não demonstram uma compreensão positiva ou negativa quanto ao *fee-for-value*, sendo constituída por duas subcategorias II:

- Subcategoria II – não é o único modelo: é composta por elementos associados à compreensão de que não é possível utilizar apenas o modelo *fee-for-value* para todas as condições, sendo necessária uma diversificação.
- Subcategoria II – modelo associado a pacote: está relacionado à visão de que o sistema de pagamento está vinculado a modelos de pacotes.

c) Subcategoria I – atributo negativo: é composta por elementos associados a uma visão negativa do modelo ou do processo de implantação. É composta por apenas uma subcategoria II:

- Subcategoria II – processo desconhecido: representa os elementos utilizados por parte dos entrevistados, para dizer que não possuem entendimento quanto ao processo de implantação do modelo.

Categoria percepção quanto aos cursos e eventos: é composta pelas unidades de registro utilizadas para emitir um ponto de vista quanto ao objetivo ou qualidade dos cursos e eventos, e possui 3 subcategorias I:

- a) **Subcategoria I – atributos negativos:** é composta por elementos e críticas que sugerem insatisfação e corresponde às unidades de registro associadas aos tipos de críticas, dando origem às subcategorias II:
 - Subcategoria II – falta de informações sobre a prática: é composta por elementos que indicam a necessidade de se apresentarem casos práticos da implantação do modelo de pagamento.
 - Subcategoria II – baixa qualidade: emergiu a partir de elementos que avaliam a qualidade dos cursos.
 - Subcategoria II – superficiais: está associada a uma visão de que as discussões e apresentações dos eventos e cursos não são aprofundadas.
 - Subcategoria II – não tem eventos focados: está relacionada à ausência desses eventos em determinadas regiões (Nordeste e Centro-Oeste) e à ausência de cursos focados no Brasil.

- b) **Subcategoria I – atributos positivos:** é formada por elementos que sugerem satisfação quanto aos cursos e eventos e possui apenas uma subcategoria II: boa qualidade.

- c) **Subcategoria I – eventos e cursos não são o único modo de aprendizagem:** é composta por elementos que sugerem a necessidade de os profissionais se autorresponsabilizarem pelo processo de aprendizado; possui apenas uma subcategoria II: necessidade de buscar conhecimento.

Categoria percepção quanto ao conhecimento dos profissionais em relação ao fee-for-value: essa categoria emergiu a partir dos elementos utilizados pelos entrevistados para descrever o nível do conhecimento em relação ao sistema de pagamento baseado em valor apresentado pelos profissionais que fazem parte do seu grupo de trabalho. A partir dela, emergiram 7 subcategorias I: não tem conhecimento, baixo, médio, bom, falta profundidade, neutro e falta prática.

3.6.2.1.3 Tema percepção dos líderes quanto à mensuração e divulgação dos desfechos e à implantação de Unidades de Práticas Integradas – UPIs

Categoria percepção quanto à mensuração de desfecho: emergiu a partir das unidades de registro utilizadas pelos entrevistados para expressar o seu ponto de vista sobre a maturidade das instituições em relação à mensuração de desfecho. Observe-se que as unidades de registro dessa categoria formaram duas subcategorias I:

- a) **Subcategoria I – percepção quanto ao grau de maturidade:** é composta por elementos utilizados pelos entrevistados para apresentarem a sua visão quanto à maturidade das instituições. A partir desses elementos foram criadas cinco subcategorias II, que representam sua percepção do problema: baixa maturidade, nenhuma maturidade, não trabalham com desfecho, média maturidade e bom grau de maturidade.
- b) **Subcategoria I – iniciativas:** representa os elementos utilizados para sinalizar que as instituições possuem algumas frentes de trabalho para mensuração de desfecho. As subcategorias II que emergiram estão correlacionadas aos tipos de iniciativas utilizadas pelas instituições:
 - Subcategoria II – mensuração de indicadores: está vinculada à mensuração de indicadores que não estão associados a desfechos; são indicadores gerais, por exemplo: giro de leito, taxa de infecção geral, entre outros, que as instituições mensuram;
 - Subcategoria II – desfecho para condições clínicas: corresponde à mensuração de indicadores para protocolos clínicos, como sepse, dor torácica, entre outros;
 - Subcategoria II – desfecho considerando o pós-alta: está vinculado ao acompanhamento de indicadores de protocolos clínicos ou protocolos cirúrgicos no pós-alta;
 - Subcategoria II – pagamento por valor em uma condição clínica: está associada à visão de que os desfechos já estão sendo utilizados para compor um modelo de pagamento;
 - Subcategoria II – mensuração de desfecho por linha de cuidado: corresponde à mensuração de indicadores por linha de cuidado, mas sem vinculação a um pagamento, apenas para acompanhamento interno.

Categoria fatores que interferem na divulgação dos indicadores: corresponde aos elementos utilizados para apresentar as dificuldades que prejudicam a mensuração dos indicadores. Observa-se que essa categoria possui 11 subcategorias I, que representam os tipos de dificuldade citadas pelos entrevistados e que serão apresentadas a seguir.

- a) **Subcategoria I – baixa maturidade da população para interpretação:** está associada à visão de que a divulgação dos dados poderia prejudicar a imagem da instituição, pois a população não tem conhecimento para interpretar as informações.
- b) **Subcategoria I – medo de exposição:** está associada a uma visão mais ampla dos riscos de exposição, considerando, por exemplo, o receio que as instituições têm de não serem mais reconhecidas por determinados serviços estratégicos.
- c) **Subcategoria I – fatores culturais:** representa os elementos utilizados para associar o motivo da não divulgação à cultura das instituições.
- d) **Subcategoria I – alto risco de judicialização:** está vinculada ao medo que as instituições têm de processos judiciais e a visão de que o poder judiciário não possui maturidade para conduzir os possíveis processos advindos devido a interpretação inadequada das informações divulgadas.
- e) **Subcategoria I – processo evolutivo:** compreende ao ponto de vista de que se trata de um processo evolutivo, que tem apresentado melhora gradativa nos últimos anos.
- f) **Subcategoria I – falta de confiança:** está associada à falta de confiança no próprio processo de divulgação e nas relações entre os hospitais e as operadoras de saúde.
- g) **Subcategoria I – manipulação de dados:** está vinculada à falta de maturidade que as instituições têm no tocante à divulgação de dados negativos, gerando tendência à manipulação das informações.
- h) **Subcategoria I – medo da concorrência:** corresponde à visão de que a divulgação dos dados está associada à concorrência, podendo prejudicar a imagem da instituição.
- i) **Subcategoria I – pouca cobrança:** está associada à compreensão de que as instituições não divulgam por não serem cobradas, havendo a necessidade de essa prática se tornar obrigatória.

- j) **Subcategoria I – não querem ser comparadas com métodos diferentes:** evidencia que a falta de padronização das informações prejudica o processo de publicação, pois a instituição pode ser comparada com outra por meio de indicadores que possuem parâmetros diferentes.
- k) **Subcategoria I – ausência de plataforma:** está associada à falta de local para disponibilização dos dados de forma que possibilite a comparação entre as instituições.

Categoria percepção quanto às UPIs: corresponde às unidades de registro utilizadas pelos entrevistados para apresentarem a sua visão da implantação dessas unidades, e é composta por 4 subcategorias I:

- a) **Subcategoria I – elementos positivos:** corresponde aos elementos utilizados para caracterizar as UPIs como uma boa proposta; é composta por duas subcategorias II: melhores resultados e qualidade e contribui positivamente.
- b) **Subcategoria I – necessidades:** compreende os elementos utilizados para evidenciar as mudanças ou adaptações necessárias para a implantação das UPIs. Os tipos de necessidade são apresentados por meio das cinco subcategorias II:
 - Mudança de cultura: está associada à necessidade de mudança da visão de que o hospital deve centralizar todos os tipos de atendimento, atendendo todas as especialidades.
 - Hospital geral continuar existindo: está vinculada à compreensão de que o hospital precisará continuar atendendo às necessidades genéricas, como as doenças agudas.
 - Estruturação do sistema de saúde: corresponde à necessidade da modificação de todo o sistema de saúde.
 - Alteração dos modelos de contratos: está associada à mudança dos contratos que possuem cláusulas de obrigatoriedade de atendimento a determinadas especialidades, contribuindo para que o hospital atenda todas as especialidades.
 - Modificação dos modelos de contratos médicos: está vinculada à visão de que será necessário que os médicos sejam dedicados somente a um hospital ou UPI, não sendo mais possível a prática de prestação de serviços para mais de um local.

c) Subcategoria I – dificuldades: está associada às dificuldades do setor para a implantação das UPIs. Por meio das suas subcategorias II é possível compreender quais dificuldades foram mencionadas:

- Subcategoria II – difícil implantação: está vinculada à visão de que o cenário atual, em que está ocorrendo diminuição dos pacientes na rede privada, e a necessidade de demanda dificultariam a implantação das Unidades de Prática Integrada-UPIs.
- Subcategoria II – risco de a linha do cuidado ficar apenas com o hospital: está associada ao risco de o hospital se tornar o único e principal ator da prestação de atendimento; entende-se que os hospitais devem fazer parte da linha de cuidado, mas não ser o responsável por ela.
- Subcategoria II – risco da não adesão do paciente: corresponde à visão de que o paciente está acostumado a ter tudo em um único local e que ele pode não se adaptar às UPIs.
- Subcategoria II – baixo número de leitos: está associada ao ponto de vista de que a diferença do número de leitos nas regiões do Brasil pode dificultar o processo de especialização por condição clínica dos hospitais.
- Subcategoria II – hospitais não estão preparados: consiste na visão de que os hospitais de determinadas regiões (Salvador) não possuem a especialização por condição clínica como objetivo; não estão preparados para uma mudança de cultura e não estão se preparando.

d) Subcategoria I – iniciativas: está associada às unidades de registro que sugerem frentes de trabalho para a criação de serviços especializados, e é formada pelas seguintes subcategorias II:

- Subcategorias II – planejamento: está vinculada aos elementos utilizados para sinalizar, conforme a percepção dos entrevistados, que as instituições com as quais eles possuem vínculo têm projetos, em fase de planejamento, para atendimento de outras atividades e especialização dos atendimentos.
- Subcategorias II – controvérsias: está associada à visão de que os hospitais estão montando unidades especializadas de condições clínicas em que eles nunca foram

referência, e que o processo deve estar associado primeiro ao hospital apresentar resultados e se destacar em determinada condição clínica e posteriormente as operadoras de saúde começarem a efetuar os encaminhados conforme os resultados.

3.6.2.1.4 Tema: percepção dos líderes quanto às principais necessidades e fatores que limitam, atualmente, a implantação do sistema de pagamento baseado em valor

Categoria processo de mudança do modelo de pagamento: está associada à percepção dos entrevistados quanto ao processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor e possui as seguintes subcategorias I:

- a) **Subcategoria I – riscos:** corresponde aos possíveis riscos advindos do processo de mudança do modelo de pagamento; destaca-se que os riscos estão associados às subcategorias II:
 - Financeiro: associado à visão de que ao melhorar a qualidade e eficiência do seu atendimento o hospital melhorará o giro de leito e a receita diminuirá, tendo um impacto financeiro negativo para a instituição.
 - Diminuição do número de pacientes: corresponde à possibilidade de ocorrer a diminuição do número de pacientes que necessitam de atendimento hospitalar, caso o setor passe a investir no gerenciamento dos pacientes e na atenção primária.

- b) **Subcategoria I – tendência:** originada a partir dos elementos que indicam a possibilidade de mudança no formato de prestação de serviços hospitalares. As suas subcategorias II representam os tipos de tendências citadas:
 - Atuação em outros segmentos: consiste na visão de que, de forma geral, para diminuir possíveis riscos, o hospital passará a atuar em setores que não estão associados à sua prática central.
 - Iniciativas existentes de novas frentes de atuação: está associada aos elementos que indicam que já está ocorrendo uma movimentação dos hospitais para atuar em diferentes áreas (prevenção, *home care*, gerenciamento de sinistralidade, gestão de uma

carteira de pacientes, serviços ambulatoriais, SADT, parcerias com operadoras de saúde para ter exclusividade).

- Atuação na pós-internação: refere-se à compreensão de que os hospitais passarão a atuar no acompanhamento pós-internação.
- Atuação em medicina preventiva: está vinculada à visão de que o hospital passará a atuar na medicina preventiva.
- Hospital será parte da jornada: refere-se à compreensão de que o hospital, hoje, comporta-se de forma isolada e que passará a fazer parte da jornada, mas não necessariamente será responsável por ela.
- Cliente contratando direto o hospital: está associada à visão de que há uma tendência de as empresas que contratam plano de saúde das operadoras passarem a contratar os serviços do hospital diretamente, sem intermediação.
- Gerenciamento dos pacientes: faz parte da compreensão de que o hospital ou novas empresas irão fazer os gerenciamentos dos pacientes para a operadora de saúde ou para as empresas que contratam a operadora de saúde.
- Hospital poderá se destacar: entende-se que os hospitais que iniciarem a mudança terão a oportunidade de se destacar e ser reconhecidos pelo mercado.
- Hospital se tornará especializado: está associada à visão de que os hospitais terão apenas atendimentos a determinadas condições de saúde e que grandes redes irão comprar hospitais menores.

Categoria compreensão quanto às necessidades: está vinculada às mudanças necessárias no setor de saúde e no hospital para viabilizar a implantação do sistema de pagamento baseado em valor e é composta por 5 subcategorias I, que são apresentadas a seguir:

- a) **Subcategoria I – ambiente externo:** corresponde às necessidades relacionadas aos envolvidos externos; por exemplo: operadoras de saúde, órgãos regulamentadores e questões que dependem da reformulação de todo o sistema de saúde. Essa subcategoria I é formada pelas seguintes subcategorias II:
 - Mudança de comportamento das operadoras: refere-se ao fato de as operadoras de saúde possuírem a cultura de apenas controlarem os custos e não terem interesse em avaliar a

qualidade dos serviços prestados, influenciando de forma negativa o processo de negociação ou implantação de um modelo voltado à entrega de resultados.

- Participação das operadoras: corresponde à necessidade de as operadoras de saúde estruturarem os seus processos internos com os hospitais, por meio do alinhamento de tecnologias e processos de cobrança, viabilizando a integração das informações e a cobrança adequada.
- Apoio financeiro: representa a visão de que os hospitais precisarão fazer um investimento financeiro para estruturar os processos, assumir riscos e adquirir sistemas que permitam a mensuração dos desfechos, sendo necessário um apoio financeiro para isso, por meio de parcerias com as operadoras de saúde ou através da disponibilização de linhas de crédito.
- Relacionamento com base em confiança: evidencia que há uma fragilidade no relacionamento entre os hospitais e as operadoras de saúde, sendo necessário o restabelecimento da confiança.
- Auditoria de informação: representa a preocupação com a veracidade das informações, sendo necessárias auditorias externas para garantir a confiabilidade dos dados e evitar o risco de manipulações.
- Restrição do acesso do paciente: está associada à necessidade de aumentar o controle da utilização dos serviços por parte do paciente, para evitar utilização inadequada ou desnecessária.
- Determinação da obrigatoriedade na publicação dos resultados: refere-se à necessidade de a publicação dos dados se tornar obrigatória, pois entende-se que os hospitais dificilmente irão disponibilizar os seus dados espontaneamente.
- Definição do papel do hospital: compreende a visão de que não há o desenho de como o hospital se insere no Sistema de Saúde Suplementar, no tocante a referência e contrarreferência.
- Padronização dos indicadores: está associada à padronização dos parâmetros de mensuração em um nível mais amplo, considerando todas as instituições, para que seja possível a comparação dos resultados entre os hospitais.
- Apoio da agência regulamentadora: corresponde à necessidade de a agência regulamentadora fazer a intermediação do processo de implantação do modelo, para

garantir o alinhamento dos interesses do hospital e os da operadora de saúde, considerando a fragilidade do relacionamento entre os dois envolvidos.

b) **Subcategoria I – métodos internos:** está associada à necessidade de implantação das melhores práticas e procedimentos utilizados para implantar o modelo de pagamento *fee-for-value*; por exemplo: definição de metodologia, mudança da metodologia, inclusão de novos métodos, entre outros. A partir dessas unidades de registro emergiram as seguintes subcategorias II:

- Modificar o modelo assistencial: está associada a: necessidade de inclusão do paciente no cuidado, monitoramento da pertinência do cuidado – pois entende-se que há muitas indicações desnecessárias –, acompanhamento do paciente na pós-alta, coordenar o cuidado e estabelecer protocolos.
- Definir o conceito e o método: está associada à necessidade de se estabelecer a definição do conceito do modelo e de como este se tangibiliza na prática, considerando como se mensuram o desfecho e o valor para o paciente, até a materialização em produtos para negociações com as operadoras de saúde.
- Estruturar os processos internos: está vinculada aos elementos que sugerem a necessidade de melhoria dos processos internos, como por exemplo, implantação do *Diagnosis Related Groups* – DRG, modificação do formato de precificação, padronização dos modelos de remuneração – pois entende-se que as diferentes regras que cada modelo de pagamento possui dificultam os processos internos do hospital –, diminuir a hierarquia das áreas responsáveis pelas informações do hospital – aumentando a agilidade do processo de implantação do modelo –, e possuir, quando possível, corpo clínico fechado, para que se possa garantir o cumprimento dos protocolos e regras internas.

c) **Subcategoria I – profissionais:** está vinculada às necessidades, percebidas pelos entrevistados, que envolvem os profissionais de saúde (médicos, colaboradores assistenciais e administrativos), como por exemplo: qualificação, cultura, engajamento, dentre outros. Nesse sentido, identificaram-se as seguintes subcategorias II:

- Modificação da cultura: está associada à cultura dos profissionais da instituição, incluindo os executivos, quanto à não prestação de contas, ganho através da margem dos insumos e medo da redução do lucro.
- Pessoas capacitadas: está associada à ausência de profissionais capacitados para a implantação do modelo de pagamento baseado em valor.
- Envolvimento do médico: refere-se à necessidade de práticas que envolvam os médicos, pois considera-se que a adesão do médico é fundamental para viabilizar a implantação do modelo.
- Treinamento para a equipe: reflete a necessidade de preparar os profissionais do hospital por meio de treinamentos e cursos internos.

d) **Subcategoria I – mensuração:** corresponde às necessidades relacionadas ao processo de mensuração de dados e informações necessárias para a implantação do modelo de pagamento *fee-for-value*; por exemplo: existência de mensuração, efetividade de indicadores em mostrar as variações de resultado, avaliação de forma correta, acompanhamento dos indicadores etc. A partir dessas unidades de registro emergiram as seguintes subcategorias II:

- Mensurar e analisar custo: está associada à visão de que os hospitais não possuem mensuração e análise de custos.
- Melhorar a qualidade das informações: reflete a visão de que os hospitais possuem fragilidades quanto à qualidade das informações, administrativas e assistenciais.
- Mensurar resultados: corresponde à percepção de que poucos hospitais mensuram o desfecho.
- Ter dados: está relacionada a dois aspectos; o primeiro, a necessidade de ter as informações, pois muitos hospitais ainda não possuem histórico; e o segundo, a dificuldade da estruturação dos dados em um nível de condição clínica.

e) **Subcategoria I – recursos:** está associada aos instrumentos necessários para implantação do modelo de pagamento *fee-for-value*, por exemplo: tecnologia da informação, equipamentos, entre outros. A partir dessas unidades de registro, emergiu apenas uma subcategoria II: tecnologia da informação, que está associada à necessidade de aquisição

de sistemas para mensuração dos dados (administrativos e assistenciais), extração e estruturação de informação, e efetivação da cobrança.

3.6.2.1.4 Categoria percepção quanto aos fatores que podem limitar: está associada à percepção dos entrevistados quanto às fragilidades que podem limitar a implantação do modelo de pagamento baseado em valor, e possui as seguintes subcategorias I:

- a) **Subcategoria I – ambiente externo:** corresponde às necessidades relacionadas aos envolvidos externos, por exemplo: as operadoras de saúde, órgãos regulamentadores e questões que dependem da reformulação de todo o sistema de saúde. Esta subcategoria I é formada pelas seguintes subcategorias II:
- Subcategoria II – não mudança da cultura do setor: está associada à visão mais ampla de mudança de cultura, considerando todos os envolvidos.
 - Subcategoria II – falta de apoio da operadora de saúde: considera-se que se a operadora de saúde não estiver disposta a mudar o modelo de remuneração e não oferecer apoio aos hospitais, não será possível prosseguir com a implantação do modelo de pagamento baseado em valor, pois os processos são interligados.
 - Subcategoria II – não considerar as diferenças entre as regiões: está associada à visão de que há muitas diferenças entre as regiões brasileiras, que dizem respeito desde a cultura até o modelo de prestação de imposto, não sendo possível uma padronização do formato de negociação, valores e resultados entre todas as regiões. Entende-se que o conceito pode ser empregado, desde que se respeitem as necessidades de cada região e que ocorram comparações entre contextos similares.
 - Subcategoria II – não participação de todos os envolvidos: corresponde à compreensão de que o processo de mudança envolve todo o setor, não apenas o hospital, sendo fundamental que todos os envolvidos – como, por exemplo, operadoras de saúde, indústria médica, órgãos regulamentadores, entre outros, participem do processo.
 - Subcategoria II – proibição da divulgação da performance dos médicos: evidencia um problema associado ao conselho da categoria (Conselho Federal de Medicina), que não permite a comparação dos serviços prestados pelos médicos, impossibilitando a divulgação, para a população, dos resultados das equipes médicas que prestam serviços

para o hospital, dificultando mudança do modelo de pagamento do médico, de pagamento baseado em serviço para baseado em valor.

- Subcategoria II – falta de confiança: refere-se à fragilidade no relacionamento entre as operadoras de saúde e os hospitais; entende-se que o não restabelecimento da confiança entre os envolvidos impossibilita a implantação do modelo de pagamento baseado em valor.
 - Subcategoria II – não padronização dos dados: corresponde à visão de que a não padronização dos parâmetros de mensuração pode limitar a implantação ou disseminação do modelo de pagamento baseado em valor.
 - Subcategoria II – baixo investimento na saúde: representa apenas 2% do total das unidades de registro e está associada ao investimento mais amplo, ao investimento destinado ao setor.
- b) **Subcategoria I – profissionais:** está vinculada às necessidades que envolvem os profissionais de saúde (médicos, colaboradores assistenciais e administrativos), como por exemplo: qualificação, cultura, engajamento, dentre outros. Nesse sentido, identificaram-se as seguintes subcategorias II: não ter conhecimento, mudança da cultura dos profissionais da instituição, não adesão da alta direção e o não engajamento do médico.
- c) **Subcategoria I – recurso:** está associada aos instrumentos necessários para a implantação do modelo de pagamento *fee-for-value*; por exemplo: tecnologia da informação, equipamentos, entre outros. É composta por apenas uma subcategoria II: ausência de Tecnologia da Informação - TI e dados.
- d) **Subcategoria I – métodos internos:** está associada à necessidade de implantação das melhores práticas e procedimentos utilizados para implantar o modelo de pagamento *fee-for-value*; por exemplo: definição de metodologia, mudança da metodologia, inclusão de novos métodos, entre outros. É composta por apenas uma subcategoria II: corpo clínico aberto.

4.6.3. Tratamento dos resultados, interpretação e inferência

Bardin (2011, p. 44) reforça que “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”. Portanto, antes de iniciar a fase de inferência faz-se necessário tratar as informações, transformando-as em indicadores que podem ou não ser quantitativos. Neste estudo optou-se por utilizar indicadores quantitativos; dessa forma, as informações foram tratadas por meio de operações estatísticas simples, os percentuais. Veja abaixo o exemplo (Tabela 1).

Tabela 1 - Exemplo de tratamento dos resultados, interpretação e inferência

Critério de categorização por tema:	Objetivo de análise: Conhecer e analisar a percepção dos líderes quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração (<i>fee-for-service</i>).							
	Hipótese: Os líderes não possuem um entendimento quanto à necessidade de mudança do sistema de pagamento <i>fee-for-service</i> .							
Origem dos elementos:	Do seu ponto de vista, por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?							
Categoria	Frequência	%	Subcategoria I	Frequência	%	Subcategoria II	Frequência	%
Atributos Negativos	78	87%	Distorcido	26	33%	O hospital como vendedor de insumos	12	46%
						Não estimula a qualidade	5	19%
						Ganha pela ineficiência	4	15%
						Não tem foco no paciente	3	12%
						Centrado na doença	2	8%
			Perda financeira	26	33%	Insustentabilidade financeira	20	77%
						Onerosidade	5	19%
						Prejuízo	1	4%
			Desperdício	17	22%	Centrado na quantidade	10	59%
						Utilização desnecessária	7	41%
Interações equivocadas	9	12%	Não divide o risco	8	89%			
			Desconfiança	1	11%			
Atributos Neutros	8	9%	Modelo inspirado nos EUA	5	63%			
			Evolução	3	37%			
Atributos Positivos	4	4%	Um bom modelo	4	100%			
Total	90	100%						

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Uma vez que os dados foram tratados, iniciaram-se as interpretações das informações, que foram feitas por meio das inferências. Bardin define a inferência como: “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (2011, p. 41). Urquiza e Marques (2016) ressaltam que esse método exige do pesquisador um aprofundamento maior do referencial teórico, pois ele deve servir como base do processo. Campos (2004) acrescenta que não basta apenas apresentar os resultados e as inferências, sem realizar uma discussão com o referencial teórico. Dessa forma, a discussão deste trabalho foi embasada em inferências, que compreenderam a determinação dos significados aos resultados através de operações estatísticas simples, associada a análise qualitativa e referencial teórico.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Neste capítulo, como demonstra o Quadro 7, apresentamos os resultados e a discussão acerca dos 4 agrupamentos por temas, bem como as suas respectivas categorias e subcategorias. É importante ressaltar que o conteúdo emergiu da análise das respostas dos 30 entrevistados.

Quadro 7 - Categorias agrupadas por temas

TEMAS			
1	2	3	4
Percepção quanto a necessidade de mudança do modelo de pagamento <i>fee-for-service</i> .	Concepção dos líderes sobre o modelo de pagamento <i>fee-for-value</i> .	Percepção dos líderes quanto a mensuração e divulgação dos desfechos e a implantação de unidades de práticas integradas – UPI.	Percepção dos líderes quanto as principais necessidades e fatores que limitam, atualmente, a implantação do sistema de pagamento baseado em valor.
CATEGORIAS			
Atributos: 1. Negativos; 2. Positivos; 3. Neutros.	4. Compreensão sobre o modelo de pagamento baseado em valor; 5. Percepção quanto ao conhecimento dos profissionais em relação ao <i>fee-for-value</i> ; 6. Percepção quanto aos cursos e eventos	7. Percepção quanto a mensuração dos desfechos; 8. Fatores que interferem na divulgação dos indicadores; 9. Percepção quanto as unidades de prática integrada	10. Processo de mudança do modelo de pagamento; 11. Compreensão quanto as necessidades; 12. Percepção quanto aos fatores que podem limitar.

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

5.1. Percepção quanto à necessidade de mudança do modelo de pagamento *fee-for-service*

Este tema é composto por três categorias (atributos negativos, atributos neutros e atributos positivos), que são passíveis de comparação entre si e tiveram suas unidades de registro extraídas da pergunta: Do seu ponto de vista, por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?

Esse questionamento originou-se da hipótese de que os líderes entrevistados não possuem um entendimento quanto à necessidade de mudança do sistema de pagamento *fee-for-service*. Considera-se que esse entendimento é um fator crítico para o processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor, pois a mudança ocorre a partir do momento em que se compreende a necessidade de mudar, e essa necessidade pode estar relacionada à resolução de problemas ou à adaptação a novas exigências do mercado (SANTOS, 2014).

Para uma melhor compreensão do resultado, a categorização será apresentada por meio da Tabela 2. Observe-se que o item categoria corresponde ao agrupamento final. As subcategorias I dos atributos negativos estão associadas aos problemas mencionados para caracterizar os motivos da necessidade de mudança do modelo, e a subcategoria II, aos tipos de problemas; já as subcategorias II dos atributos neutros referem-se aos motivos da mudança em uma visão mais ampla; por fim, a subcategoria II do atributo positivo está associada ao motivo de se manter o modelo.

Tabela 2 - Percepção quanto à necessidade de mudança do modelo de pagamento *fee-for-service*

Categoria	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Problemas			Tipos de problemas		
Atributos Negativos	78	87%	Distorcido	26	33%	O hospital como vendedor de insumos	12	46%
						Não estimula a qualidade	5	19%
						Ganha pela ineficiência	4	15%
						Não tem foco no paciente	3	12%
						Centrado na doença	2	8%
			Perda financeira	26	33%	Insustentabilidade financeira	20	77%
Atributos Neutros	8	9%	Modelo inspirado nos EUA	5	63%	Onerosidade	5	19%
						Evolução	3	37%
Atributos Positivos	4	4%	Um bom modelo	4	100%	Prejuízo	1	4%
						Centrado na quantidade	10	59%
						Utilização desnecessária	7	41%
						Não divide o risco	8	89%
						Desconfiança	1	11%
						Motivo da mudança		
						Motivo de se manter o modelo		
Total	90	100%						

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Destaca-se que os elementos mais referidos pelos entrevistados estão associados aos problemas que o sistema de pagamento baseado em serviço ocasionam no setor, correspondendo a 87% do total das unidades de registro das categorias que compõem o tema. Dessa forma, pode-se inferir que os líderes possuem a compreensão sobre os impactos do sistema de pagamento *fee-for-service* no setor, além de terem o entendimento sobre os diversos tipos de impacto. Nesse sentido, nota-se que os problemas citados também são referidos pela literatura. Gosden *et al.* (2001), por exemplo, ressaltam que o *fee-for-service* não considera as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência, não utiliza metodologia baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento, focando a sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente. Azevedo *et al.* (2016) acrescenta que nesse modelo de pagamento, quanto maiores e mais caros forem os procedimentos realizados, maior será o ganho do hospital, incentivando o desperdício e a utilização de procedimentos de maior custo. Esse cenário, associado à falta de previsibilidade das operadoras quanto ao valor final da conta, além de impactar negativamente no setor financeiro da saúde, prejudica o relacionamento entre o prestador e a fonte pagadora, gerando uma dicotomia: de um lado, as operadoras de saúde estão buscando fortemente a redução de custo, e, do outro lado, observam-se os hospitais protegendo os seus interesses por meio do aumento da utilização de insumos (OKAZAKY, 2006; BICHUETTI; MERE JR, 2016).

Outro aspecto importante é o fato de que, ao analisarmos a quantidade pelo número de respostas, também identificamos uma prevalência de atributos negativos em 28 das 30 respostas. Dessas 28 respostas, duas acrescentaram elementos positivos (associados à visão de que o modelo de pagamento baseado em serviço pode permanecer no setor) que deram origem à categoria atributos positivos, e uma delas acrescentou um elemento neutro; apenas duas respostas apresentaram somente elementos neutros, que originaram a categoria neutra. Nesse sentido, para evitarmos uma interpretação inadequada, visto que foram identificados elementos contrários (negativo e positivo) em uma mesma resposta, realizou-se uma análise detalhada das unidades de contexto. Ao serem questionados por que há a necessidade de implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado, os entrevistados 7 e 24 responderam (Quadro 8):

Quadro 8 - Unidades de contexto

Categoria	Subcategoria I	Subcategoria II	Unidade de contexto
Atributo negativo	Perda financeira	Insustentável	<i>E11 - "Estão tentando buscar uma sustentabilidade para um mercado que ficou mal explorado há muito tempo, e que hoje chegou a um ponto em que está ficando inviável sustentar a fonte pagadora com a fonte prestadora."</i>
		Oneroso	<i>E24 - "Porque o custo na saúde está extremamente elevado, então a preocupação está sendo baixar custo e também qualidade em detrimento do alto custo e alta qualidade."</i>
Atributo positivo	<i>E11- "Eu não acho que o fee-for-service é ruim, eu acho que o fee-for-service é justo, desde que você entregue um resultado, esse é o problema... Então, mudar o meio para poder mudar o fim, porque é o seguinte... o fim tem que ser o melhor resultado, o meio não importa, é como você vai fazer para entregar o melhor resultado. Se você for fazer para melhorar o resultado é ótimo, o correto é entregar o melhor resultado. Agora, não pode ser a base de um fee-for-service tão amplo, é esse meio termo que eu acho que a gente tem que achar."</i>		
	<i>E24 - "Se fosse parar para pensar, o modelo do fee-for-service é o mais justo, ele seria o melhor modelo para se trabalhar. O problema é que o fee-for-service brasileiro foi totalmente modificado. Por alguns interesses das indústrias ele foi totalmente modificado.[...]"</i>		

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Ressaltamos que os entrevistados justificaram a necessidade de mudança do modelo, e em ambos os casos o motivo está associado ao problema de perda financeira. Entretanto, os dois entrevistados consideraram o modelo de pagamento *fee-for-service* como um modelo justo. O entrevistado 11 ressalta a necessidade da associação do modelo aos resultados, e o entrevistado 24 cita que houve uma modificação do modelo. Infere-se, portanto, que eles entendem a necessidade de mudança e o motivo da necessidade, mas ambos consideram que o processo de mudança pode estar associado a uma remodelagem do modelo de pagamento *fee-for-service* e não necessariamente à implantação de outros modelos. Percebe-se que a adaptação do modelo de pagamento baseado em serviço é uma opção para o mercado. Como exemplo, pode-se citar a

associação do modelo *fee-for-service* com bônus por performance. Contudo, esse modelo continua oferecendo baixa previsibilidade do valor da conta, não faz distinção entre serviços necessários e desnecessários, e não contribui com a resolução de problemas da remuneração de serviços fundamentais para a melhoria da qualidade. Portanto, todo o sistema continua sendo pago da mesma forma, e há apenas o acréscimo de uma variável por resultado do serviço prestado (MILLER, 2017; INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2017).

Quanto à categoria atributos neutros, observou-se que as unidades de registro emergiram a partir de uma associação da necessidade de mudança com os processos evolutivos e inspirados em práticas internacionais. A maioria dos elementos (63%) estão associados à subcategoria II – modelo inspirado nos EUA; essa tendência também é evidenciada por Migueles (2007), ao citar que a saúde suplementar é um modelo inspirado na experiência norte-americana.

Portanto, por meio dos resultados das categorias apresentadas e da fundamentação teórica, é possível inferir que os líderes entrevistados, nesse estudo, possuem a compreensão da necessidade de mudança e seus motivos, descartando-se a hipótese inicial.

5.2. Concepção dos líderes sobre o modelo de pagamento *fee-for-value*

Este tema é composto por três categorias (compreensão quanto ao modelo baseado em valor, e percepção quanto aos cursos e eventos e ao conhecimento dos profissionais em relação ao *fee-for-value*), que não são passíveis de comparação entre si, mas se complementam e serão apresentadas individualmente.

As unidades de registro das categorias e as informações sobre o perfil dos profissionais foram extraídas das seguintes perguntas: Como você definiria o sistema de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*)? / Você já participou de algum curso, evento (congresso, simpósio, entre outros) em que foi abordado o tema: pagamento baseado em valor? Se sim, conte-me a sua experiência. / Já esteve ou está envolvido no processo de implantação do modelo baseado em valor? Se sim, conte-me a sua experiência. / Como você avaliaria o nível de conhecimento da equipe do hospital que você trabalha ou já trabalhou e do mercado sobre o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor?

Os questionamentos citados originaram-se a partir da hipótese de que há uma fragilidade quanto ao conhecimento dos líderes sobre o sistema de pagamento baseado em valor e que eles não

possuem suporte, teórico e prático, dos profissionais do seu grupo de trabalho para a implantação do modelo. O *fee-for-value* é composto por uma série de conceitos, que são apresentados por Porter, e entende-se que o não entendimento ou não alinhamento com esses conceitos pode prejudicar a adesão ou processo de implantação do modelo.

Iniciaremos a análise por meio do estudo da categoria compreensão sobre o modelo de pagamento baseado em valor. Observe-se, por meio da Tabela 3, que o item subcategoria I corresponde ao agrupamento final, que foi realizado por meio dos adjetivos: positivo, neutro e negativo. As subcategorias II, correspondem à forma como os líderes definiram o modelo de pagamento baseado em valor. Destaca-se que os elementos com maior representatividade estão associados a adjetivos positivos, representando 70% do total das unidades de registro dessa categoria; dessa forma, infere-se que os entrevistados possuem uma compreensão positiva quanto ao modelo.

Tabela 3 - Categoria compreensão sobre o modelo de pagamento baseado em valor.

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Definição		
Atributos positivos	58	70%	Remuneração por desfecho	31	53%
			Foca nas necessidades do paciente considerando toda a linha de cuidado	11	19%
			Modelo justo	8	14%
			Modelo sustentável	5	9%
			Garante a geração de valor	2	3%
			Foco na gestão	1	2%
Atributos neutros	13	15%	Não é o único modelo	12	92%
			Associado a pacote	1	8%
Atributo negativo	13	15%	Processo desconhecido	13	100%
Total	84	100%			

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Nota-se, que há uma pertinência dos elementos utilizados pelos entrevistados para definir o sistema de pagamento baseado em valor e que há alinhamento com a literatura. Entretanto, observou-se que a maior parte dos entrevistados não referiram a equação que tangibiliza o pagamento baseado em valor, considerando o conceito originado por Porter e Teisberg (2007), que é o grande referencial desse estudo: o *fee-for-value* corresponde ao desfecho mais adequado para determinado tratamento de um paciente, baseado numa equação entre custo e qualidade, a qual é utilizada para tangibilizar o processo de remuneração. Porter (2010) ainda ressalta que a qualidade está atrelada aos desfechos clínicos, que devem considerar as informações epidemiológicas e clínicas do paciente e deve ser avaliado pela a equipe técnica, com os desfechos avaliados pela

ótica dos pacientes, que devem considerar também como foram atendidos em todo o ciclo de cuidado.

Nesse contexto, constatou-se que a subcategoria II – garante a geração de valor foi a que mais trouxe elementos próximos desse conceito; porém, ela apresenta uma representatividade muito baixa do total das unidades de registro. Ao nos aprofundarmos na análise dessa subcategoria II, constatamos que ela se originou da resposta de apenas dois entrevistados:

A ideia é que valor é um conceito que está relacionado a resultado assistencial por dólar gasto. [...] E aí, em tese, o objetivo seria obter o melhor valor para o paciente, o melhor resultado assistencial para o paciente, esse resultado assistencial amplo, considerando inclusive a experiência do paciente com o custo mais adequado. Essa seria a melhor relação. (E4)

[...] o modelo de pagamento baseado em valor tem como princípio número 1 garantir a geração de valor; para que ela garanta a geração de valor, eu tenho que medir custo e desfecho, segundo a remuneração, precisa necessariamente estar atrelada a desfecho [...]. (E20)

Ainda nessa perspectiva, acrescenta-se que após o conceito apresentando ter sido propagado, Kaplan e Porter (2011) propuseram uma nova modelagem de cálculo de custos, o custeio baseado em Atividade e Tempo (*Time-Driven Activity-Based Costing* - TDABC) e, posteriormente, Porter e Lee (2013) acrescentaram três pilares à teoria: foco no paciente, estratégia de atendimento a pacientes crônicos e remuneração dos profissionais baseada em desfecho ou valor.

Assim, infere-se que o grupo possui uma compressão mais ampla quanto ao *fee-for-value*, vinculando o modelo principalmente aos desfechos clínicos.

Quanto à subcategoria I – atributos neutros, observa-se que parte dos líderes consideraram que o modelo de pagamento baseado em valor não é a única possibilidade, e houve associação do *fee-for-value* com o sistema de pacote. Destaca-se que esse resultado possui baixa representatividade, mas pode ser justificado pelo perfil de experiência dos entrevistados quanto a outros modelos de pagamento. Constatou-se que todos eles possuem experiência com outros modelos. Veja-se abaixo, na Tabela 4, os modelos que foram referidos:

Tabela 4 - Experiência dos entrevistados quanto a outros modelos de pagamento.

Modelos referidos:				
	Pacote	Diária Global	DRG	Capitation
Entrevistados:	15	9	6	1

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Entretanto, é importante destacar que esses modelos são diferentes do modelo de pagamento baseado em valor proposto por Porter e Teisberg (2007). O quadro abaixo ilustra uma comparação entre os modelos citados e o *fee-for-value*.

Quadro 9 - Comparação entre os modelos de pagamento

Modelo	Sinonímias	Formato de remuneração	Definição	Utilizado para:
Pagamento baseado em valor	<i>Fee-for-value</i> <i>Value-based healthcare - VBHC</i>	Pagamento a partir da qualidade dos resultados.	Compreende em o prestador de saúde aumentar o valor para o paciente, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação aos dólares dispendidos. Para isso é necessário que a equipe clínica avalie os desfechos clínicos do tratamento na perspectiva técnica e os pacientes avaliem os desfechos clínicos do tratamento sob a sua ótica, considerando a forma como foram acolhidos pelos prestadores de serviços durante a sua jornada no tratamento. Além da mensuração clara dos custos incorridos durante todo o ciclo de tratamento do paciente.	Condições de saúde considerando todo o tratamento
Pacote	-	Pagamento a partir da composição de um “pacote” de serviços, geralmente associados a protocolos de condição clínica.	Agrupamento de todos os itens utilizados em média na assistência ao paciente (diárias, materiais, medicamentos, taxas, entre outros) com definição de um preço único para o “pacote” de determinado procedimento. Estabelece-se um protocolo de utilização dos recursos, principalmente os de alto custo, que deve ser seguido pelos médicos para a maioria dos casos. Quando ocorre uma intercorrência na internação do paciente, consumindo muito mais recurso do que o previsto no “pacote”, o prestador e a fonte pagadora negociam o pagamento do excedente por meio de justificativas médicas.	Procedimentos cirúrgicos
Diária Global	-	Pagamento a partir da composição da diária global.	Consiste na precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, independente da patologia do paciente, compreendendo principalmente: as diárias, os materiais de consumo, os medicamentos, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, a gasoterapia, exames, honorários médicos e taxas diversas. Os demais itens da conta hospitalar, como os medicamentos de alto custo, as órteses e próteses, e outros permanecem sendo cobrados pela conta aberta.	Casos clínicos
<i>Diagnosis Related Group - DRG</i>	Remuneração por caso <i>Case Mix</i>	Pagamento a partir de um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais de casos agudos (internação de até 30 dias).	Relaciona os tipos de pacientes atendidos pelo hospital com os recursos consumidos durante a internação, criando grupos de pacientes coerentes do ponto de vista clínico e similares ou homogêneos quanto ao consumo dos recursos hospitalares. Os grupos são delineados a partir da 9ª revisão da CID, envolvendo 23 grandes grupos diagnósticos mutuamente exclusivos e, dentro destes, definidos um total de GRDs.	Grupos de diagnósticos
<i>Capitation</i>	Captação <i>Full Capitation</i>	Pagamento a partir de um valor fixo para cada beneficiário assistido numa determinada região.	O prestador passa a atender determinados grupos populacionais mediante o pagamento de preços fixados de acordo com a quantidade de pessoas, por determinado período de tempo independente do tipo e da quantidade de serviços prestados.	Remunerações vinculadas ao Governo

Fonte: Adaptado de Silva (2003), Porter e Teisberg, (2007), Kinukawa, (2019), Takahashi, (2011).

Chama-se a atenção, agora, para a análise da última subcategoria I – atributo negativo. Destaca-se que essa categoria é composta pela resposta de seis dos entrevistados, que também referiram em suas respostas adjetivos positivos, que foram agrupados na subcategoria I – atributos positivos. Contudo, eles acrescentaram em suas falas que o *fee-for-value* é um processo desconhecido, demonstrando desconhecimento quanto à implantação do modelo.

Nessa perspectiva de análise, evidenciam-se dois aspectos importantes vinculados ao perfil de todos os entrevistados frente ao sistema de pagamento *fee-for-value*: o primeiro, referente à experiência no processo de implantação do modelo; e o segundo, associado à participação em cursos e eventos que tenham abordado o tema. Constatou-se que, dos 30 entrevistados, apenas 2 referiram a participação na implantação do modelo, considerando mensuração de desfecho e custos, elaboração de *bundles*, formação de produtos e venda dos produtos (Tabela 5). Quanto à participação em eventos que tenham abordado o tema, observa-se que a maioria já participou, mas este cenário se inverte na participação de cursos voltados ao tema: apenas 3 entrevistados referiram ter participado.

Quanto à participação em eventos que tenham abordado o tema, dos 30 entrevistados, apenas 2 referiram nunca terem participado de eventos (congressos, simpósios, fóruns, entre outros) onde o tema sistema de pagamento baseado em valor não tenha sido abordado, contudo há uma inversão desse cenário ao analisarmos a participação em cursos específicos: apenas 3 entrevistados referiram ter participado de cursos voltados ao tema (curso internacional ministrado por Porter).

Tabela 5 - Experiência dos entrevistados quanto à implantação do *fee-for-value* e participação em cursos e eventos

Experiência com a implantação do sistema de pagamento baseado em valor			
Nunca participaram	Participaram de iniciativas frustradas	Participaram da implantação	Se recusou a responder
24	3	2	1

Participação em cursos e eventos:		
	Nunca participaram	Participaram
Eventos:	2	28
Cursos:	27	3

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Portanto, a maior parte dos entrevistados não possui experiência prática sobre a implantação do modelo e, embora a maior parte tenha uma participação ativa em eventos onde o tema tenha sido abordado, a minoria fez cursos totalmente voltados ao sistema de pagamento baseado em valor, o que justifica a constatação de unidades de registro que definem o modelo como um processo desconhecido.

A partir desse contexto, com base na opinião de 23 entrevistados quanto aos cursos e eventos, desconsiderando os 2 entrevistados que informaram nunca ter participado e os 5 que não manifestaram opinião quanto ao tema, desenvolveu-se a categoria percepção quanto aos cursos e eventos (Tabela 6), a qual demonstra que o grupo possui uma percepção negativa quanto à qualidade desses cursos e eventos e que há uma fragilidade quanto ao processo de disseminação e abordagem do tema, evidenciando a necessidade de eventos focados e com apresentação de casos práticos.

Tabela 6 - Categoria percepção quanto aos cursos e eventos.

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Percepção		
Atributos negativos	31	80%	Falta informações sobre a prática	14	45%
			Baixa qualidade	7	23%
			Superficiais	6	19%
			Não tem eventos focados	4	13%
Atributos positivos	4	10%	Boa qualidade	4	100%
Eventos e cursos não são o único modo de aprendizagem	4	10%	Necessidade de buscar conhecimento	4	100%
Total		39	100%		

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Ainda nesse sentido de análise, verificou-se um agravamento do cenário ao avaliar-se o resultado da categoria percepção quanto ao conhecimento dos profissionais em relação ao *fee-for-value* (Tabela 7). Observa-se que apenas 5% dos elementos representam que os entrevistados consideram que os profissionais do seu grupo de trabalho possuem bom conhecimento quanto ao sistema de pagamento baseado em valor; portanto, a maior parte dos líderes considera que atualmente não possuem apoio teórico e prático de sua equipe de trabalho para implantar o modelo de pagamento baseado em valor.

Tabela 7 - Categoria percepção quanto ao conhecimento dos profissionais em relação ao *fee-for-value*

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%
Não tem conhecimento	13	35%
Baixo	11	30%
Médio	6	16%
Bom	2	5%
Falta profundidade	2	5%
Neutro	2	5%
Falta prática	1	3%
Total	37	100%

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

É importante destacar que, como essa concepção não foi vinculada a um nível hierárquico específico – os entrevistados consideraram todo o seu grupo de trabalho, inclusive os profissionais dos níveis mais estratégicos –, não foi possível encontrar um padrão nas respostas para análise de apresentação.

Assim, os dados apresentados não permitem inferir que os entrevistados e os profissionais que fazem parte do seu grupo de trabalho desconhecem o sistema de pagamento baseado em valor, mas possibilitam corroborar a hipótese inicial, de que há uma fragilidade quanto ao conhecimento dos líderes sobre os conceitos do sistema de pagamento baseado em valor e que eles não possuem suporte, teórico e prático, dos profissionais do seu grupo de trabalho, para a implantação do modelo.

5.3. Percepção dos líderes quanto à mensuração e divulgação dos desfechos e a implantação de Unidades de Práticas Integradas – UPIs.

Esse tema é composto por quatro categorias (percepção quanto à mensuração de desfecho, fatores que interferem na divulgação dos indicadores e percepção quanto às UPIs) que não são passíveis de comparação entre si, mas se complementam e serão apresentadas individualmente.

As unidades de registro das categorias foram extraídas das seguintes perguntas: Do seu ponto de vista, qual o grau de maturidade da instituição em que você trabalha ou já trabalhou e do mercado quanto à mensuração de desfecho? / Qual a sua opinião quanto à maturidade da instituição em que você trabalha ou já trabalhou e do mercado quanto à divulgação dos resultados ou desfechos assistenciais, à cultura de prestação de contas e inclusão dos cidadãos no processo e tomada de decisão na saúde? / Considerando o modelo de atendimento do hospital em que você trabalha ou já trabalhou e do mercado, qual a sua opinião quanto à proposta de unidade de prática integrada (UPI)?

Os questionamentos citados originaram-se a partir da hipótese de que há fragilidades no processo de mensuração e divulgação dos desfechos e de que a proposta das UPIs não é bem aceita pelos entrevistados devido à cultura de que o hospital deve ser responsável por todos os tipos de atendimentos. Porter e Teisberg (2007) citam que muitos hospitais se definem ainda como um negócio de “hospitais” ou de prestação de serviço, competindo com os outros hospitais por meio da oferta geral de serviços e não pela qualidade. Entretanto, os autores consideram que o foco no atendimento de apenas determinadas condições clínicas e não mais em oferecer uma gama completa de serviços, aumentará a qualidade da assistência prestada e contribuirá para a modificação do modelo de competição do mercado e para a criação de valor ao paciente. Porter e Teisberg (2007) ainda destacam que a prática de mensuração dos resultados pelas condições clínicas é imprescindível para a criação de valor ao paciente.

Iniciaremos a análise por meio da categoria percepção quanto à mensuração de desfecho (Tabela 8). Observe-se que as subcategorias I representam o agrupamento geral quanto à percepção dos entrevistados em relação ao grau de maturidade das instituições para mensuração de desfecho e os tipos de iniciativas que os hospitais, com os quais eles possuem vínculo, têm atualmente. Destaca-se que o grupo tem a percepção de que as instituições possuem baixo grau de maturidade quanto à mensuração de desfechos. Os tipos de iniciativa referidos corroboram essa percepção ao

demonstrar que o grupo entrevistado afirmou que a maior parte das iniciativas das instituições com as quais eles possuem vínculo estão mais vinculadas à mensuração de indicadores gerais, e que as poucas relacionadas à mensuração de desfecho ainda são incipientes, apenas 5% dos elementos correspondem à mensuração dos desfechos por condição clínica e 11% do total de unidades de registro evidenciam que os desfechos já estão sendo utilizados para compor um modelo de pagamento. Nesse sentido, Porter e Teisberg (2007) ressaltam que nos EUA também há uma série de iniciativas no setor da saúde, mas com foco ainda em processos ou métodos, e não em resultados focados em condições clínicas.

Tabela 8 – Categoria percepção quanto à mensuração de desfechos

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Percepção		
Maturidade das instituições para mensuração de desfecho	28	60%	Baixa maturidade	21	75%
			Nenhuma maturidade	2	7%
			Não trabalham com desfecho	2	7%
			Média maturidade	2	7%
			Bom grau de maturidade	1	4%
			Tipos de iniciativas		
Iniciativas	19	40%	Mensuração de indicadores	11	58%
			Desfecho considerando pós alta	3	16%
			Desfecho para condições clínicas	2	11%
			Pagamento por valor em uma condição clínica	2	11%
			Mensuração de desfecho por linha de cuidado	1	5%
Total	47	100%			

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Esse cenário, fica ainda mais complexo quando abordamos a cultura de prestação de contas, que pode acontecer por meio da divulgação dos indicadores ou desfechos. Os 30 entrevistados

informaram que não há essa cultura onde eles trabalham. Nenhuma instituição divulga os seus indicadores em meio externo e apenas 14 referiram que há divulgação interna, através de quadro de gestão à vista, relatórios mensais, entre outros. A partir dessas informações emergiu a categoria fatores que interferem na divulgação dos indicadores (Tabela 9).

Tabela 9 – Fatores que interferem na divulgação dos indicadores

Subcategoria	Frequência Unidade de registro	%
Baixa maturidade da população para interpretação	7	19%
Alto risco de judicialização	4	11%
Medo de exposição	6	16%
Fatores culturais	5	14%
Processo evolutivo	3	8%
Falta de confiança	3	8%
Manipulação de dados	2	5%
Medo da concorrência	2	5%
Pouca cobrança	2	5%
Não querem ser comparadas com métodos diferentes	2	5%
Ausência de plataforma	1	3%
	Total	37
		100%

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Observa-se, que foi mencionada uma série de dificuldades associadas à divulgação dos resultados, sendo a baixa maturidade da população para interpretação dos dados a com maior frequência das unidades de registro. O entrevistado 24 acrescenta ainda uma relação de interdependência entre as instituições:

O problema é que a população não entende... então, se eu chegar assim e falar “população, a minha cirurgia de prótese de joelho eu tenho 70% que deu certo, ela não vai olhar para os 70% ela vai olhar para os 30% que deu errado e vai começar a perguntar, por que será que deu errado? Então, se eu fizer a minha publicação sozinho eu fico morto, então eu dependo dos outros também começarem a fazer as publicações. (E24)

Nesse contexto, Porter e Teisberg (2007) citam que algumas experiências realizadas nos EUA evidenciam que os pacientes respondem de forma positiva aos dados apresentados e interpretados por um conselheiro de confiança. Os autores apresentam o caso do Cincinnati Children's Hospital, que recebeu recursos financeiros do Institute for Healthcare Improvement para melhorar os processos vinculados ao atendimento de fibrose cística sob a condição da divulgação dos resultados para os pacientes. Apesar dos receios dos médicos, pois os valores estavam abaixo da média, o hospital passou a divulgar os resultados com a promessa de melhorá-los e os pais dos pacientes não abandonaram o tratamento. Eles acreditavam na integridade a unidade e no seu comprometimento com a aprendizagem. Reforçaram que buscariam atendimento em outro local apenas se os resultados não melhorassem.

Ao analisarmos a categoria percepção quanto às UPIs, observa-se, por meio da Tabela 10, que os entrevistados possuem a compreensão quanto aos benefícios dessas unidades. Os líderes consideraram que elas contribuem positivamente para o setor e melhoram o resultado e qualidade assistencial. Entretanto, os entrevistados também mencionaram diversas necessidades e dificuldades associadas ao processo de implantação.

Tabela 10 - Categoria percepção quanto às unidades de prática integrada - UPIs

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Percepção		
Elementos positivos	30	42%	Melhor resultados e qualidade	15	50%
			Contribui positivamente	15	50%
			Tipo (necessidades dificuldades, iniciativas)		
Necessidades	20	28%	Mudança da cultura	7	35%
			Hospital geral continuar existindo	5	25%
			Estruturação do sistema de saúde	3	15%
			Alteração dos modelos de contratos	3	15%
			Modificação do modelo de contratação dos médicos	2	10%
Dificuldades	13	18%	Difícil implantação	4	31%
			Risco da linha de cuidado ficar apenas com o hospital	4	31%
			Risco da não adesão do paciente	2	15%
			Baixo número de leitos	2	15%
			Hospitais não estão preparados	1	8%
Iniciativas	9	13%	Planejamento	7	78%
			Controvérsias	2	22%
Total	72	100%			

Fonte: entrevistas realizadas pela autora

Nesse sentido, destaca-se que há uma coerência entre as necessidades de mudança de cultura por parte dos hospitais e a literatura. Porter e Teisberg (2007), por exemplo, corroboram que este cenário não é diferente nos EUA, pois “os hospitais ainda possuem uma cultura de que oferecer uma gama completa de serviços em uma rede de prestadores para gerenciar a coocorrência de doenças ou para abordar as doenças incomuns que surgem durante o tratamento”, considerando a ideia de escolher o que não fazer ainda muito radical para as instituições hospitalares. O

entrevistado 19 acrescenta a necessidade da mudança da cultura de se especializar apenas no que é mais rentável financeiramente.

Com a remuneração atual, ela fica um pouco inviável, né, porque todo hospital quer ser um hospital de câncer, porque câncer paga bem e nenhum hospital quer ser maternidade ou hospital pediátrico, porque paga mal. Eu faço pediatria e ninguém faz, então eu acabo sendo beneficiado, porque na hora em que o diretor ou o conselho do hospital vê o custo e benefício de se fazer a pediatria, o *pool* de oportunidade é muito inferior, porque o custo para montar um leito de pediatria é igual a um custo do leito de uma adulto ou de um idoso, mas a remuneração de um idoso é duas, três ou dez vezes maior do que a de pediatria. Então ele vai fazer certamente do idoso e do câncer, mas vai concorrer com muito mais gente. Agora, se a remuneração vai mudar o foco, não vai ser só no hospital. Você vai ter que ter outras coisas que vão ter que remunerar diferente do jeito que é hoje. (E19)

Contudo, é possível observar também nos EUA exemplos de hospitais especializados que estão entre as mais conceituadas instituições do país e comprovam que é possível oferecer valor sem atender a todas as necessidades. Portanto, ter foco estratégico não significa restringir a atuação, mas sim, escolher campos para buscar a excelência e aprofundamento. Um exemplo disto é o Fairview-University Children's Hospital, localizado em Minnesota, que após um compromisso de longo prazo com a excelência na área de fibrose cística resultou na melhor instalação do país em tratamento dessa doença, apresentando 43 anos como idade mediana de sobrevivência de pacientes, em comparação à média nacional de 32 anos (PORTER; TEISBERG, 2007).

Identificamos também uma similaridade com os EUA quanto às necessidades evidenciadas na subcategoria II – modificação do modelo tradicional de contratação dos médicos e a necessidade de estruturação do sistema de saúde. Porter e Teisberg (2007) consideram que os médicos são contratados como agentes independentes, e citam que esse modelo complica o processo de implantação de UPIs, sendo necessário o envolvimento desses profissionais no processo de mudança e em uma visão mais macro do conceito de medicina baseada em valor. Consideram importante a reestruturação do sistema de saúde, levando em conta a garantia da cobertura de toda a população ao sistema de saúde e a organização dos serviços de saúde por condições clínicas.

Entretanto, mesmo com todas as necessidades e dificuldades mencionadas, foram identificadas unidades de registro que sugerem frentes de trabalho para a criação de serviços especializados. Observe-se que os entrevistados mencionaram que há iniciativas (subcategoria I –

iniciativas) em fase de planejamento, por parte das instituições com as quais eles possuem vínculo, para a criação de atendimentos especializados. Contudo, considerando as fragilidades apresentadas quanto aos conceitos do sistema de pagamento baseado em valor, a baixa maturidade referida das instituições para mensuração de desfecho e a necessidade de mudança de cultura dos hospitais quanto à visão de que se deve atender uma ampla rede de serviços e focar em condições clínicas mais rentáveis financeiramente, não é possível associar essas frentes de trabalho com iniciativas baseadas em valor.

É importante ressaltar que no conceito apresentado por Porter e Teisberg (2007), os prestadores de uma forma geral, considerando hospital, consultórios, centros de medicina preventiva, entre outros, precisarão escolher o conjunto de condições de saúde nos quais eles serão capazes de alcançar excelência em termos de valor para o paciente e definir que papéis desempenharão no ciclo de atendimento e quais serviços serão prestados. Portanto, os autores não consideram necessariamente o hospital como o responsável pelo cuidado e ainda reforçam que as escolhas dos serviços que serão disponibilizados para cada condição de saúde serão diferentes para cada prestador. Nesse sentido, forma-se uma dicotomia entre o conceito e a prática atual mencionada pelos entrevistados, em que, de um lado, há a o conceito de escolher o conjunto de condições de saúde conforme a capacidade de alcançar a excelência em termos de valor para o paciente; e do outro lado, há a tendência, por parte dos hospitais, em escolher a prestação de serviços de condições clínicas mais rentáveis financeiramente.

Porter e Teisberg (2007) ainda acrescentam que a operadora de saúde possui um papel importante nesse processo, precisando organizar-se em torno de condições de saúde, junto com uma unidade destinada a assistência primária, corroborando a subcategoria II – controvérsias, que emergiu a partir da fala do entrevistado 20:

O trabalho deveria ser mapear os locais que têm um atendimento adequado de diabetes e propor para eles a criação e direcionar os pacientes para lá, tanto no nível das operadoras quanto no nível das empresas que têm os funcionários.
(E20)

Quanto à hipótese inicial, de que há fragilidades no processo de mensuração e divulgação dos desfechos e de que a proposta das UPIs não é bem aceita pelos entrevistados, houve confirmação parcial, pois, a partir dos resultados apresentados, observaram-se elementos que

sugeriram a presença de fragilidades no processo de mensuração e divulgação dos desfechos. Entretanto, não foram identificados elementos que indicaram que os entrevistados possuem uma percepção negativa das Unidades de Prática Integrada - UPIs.

5.4. Percepção dos líderes quanto às principais necessidades e fatores que limitam, atualmente, a implantação do sistema de pagamento baseado em valor

Este tema é composto por três categorias (processo de mudança do modelo de pagamento, compreensão quanto às necessidades e percepção quanto aos fatores que podem limitar).

As unidades de registro das categorias foram extraídas das seguintes perguntas: Como você avaliaria o processo de custeio da instituição em que você trabalha ou já trabalhou e do mercado? / Como você avaliaria o processo de cruzamento de dados assistenciais e financeiros na instituição em que você trabalha ou já trabalhou e do mercado? / Em sua opinião, o que o hospital precisa ter (recursos) para possibilitar a implantação do modelo de pagamento baseado em valor? / Em sua opinião, quais questões impossibilitariam a implantação do sistema de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*) no hospital em que você trabalha ou já trabalhou e no mercado? / Qual seria o impacto do modelo atual da cadeia de valor de prestação de serviço hospitalar, considerando: atendimento em toda a jornada do paciente (primário, secundário e terciário), cultura do paciente e fonte pagadora; para o seu hospital, caso ele implante o modelo de pagamento *fee-for-value*? / Em sua opinião, os hospitais teriam que atuar em outros elos da cadeia de valor de prestação de serviço em saúde para controlar a jornada do paciente e minimizar possíveis riscos advindos dela? Por favor, justifique a sua resposta.

Os questionamentos citados originaram-se da hipótese de que há fatores que limitam o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor e que esses fatores podem estar associados à estrutura de custos e possíveis riscos advindos da dinâmica do mercado.

Da análise da categoria processo de mudança do modelo de pagamento (Tabela 11), destaca-se a concepção de que o processo de mudança do modelo de pagamento pode proporcionar riscos financeiros. Nesse contexto, é importante ressaltar a relevância de os prestadores mapearem um caminho para a verdadeira excelência nas suas áreas de serviço e não implantarem ações isoladas. Porter e Teisberg (2007) consideram que é necessário o estabelecimento de metas claras, as quais devem determinar a implantação de uma série de ações paralelas, que vão desde a definição

da escolha de linhas de serviços, até a criação de novas parcerias, experiência, escala e domínio em cada serviço. Entende-se que as ações estratégicas baseadas em valor, levam a resultados excelentes, que levarão a mais pacientes, maior eficiência e margens mais altas, mesmo em um cenário repleto de barreiras e incentivos inadequados.

Tabela 11 – Categoria processo de mudança do modelo de pagamento

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Agrupamento geral			Tipos de tendências e riscos		
Tendências	72	86%	Atuação em outros segmentos	21	29%
			Iniciativas existentes de novas frentes de atuação	15	21%
			Atuação na pós internação	9	13%
			Atuação em medicina preventiva	6	8%
			Hospital será parte da jornada	5	7%
			Cliente contratando direto o hospital	3	4%
			Gerenciamento dos pacientes	3	4%
			Hospital pode se destacar	2	3%
			Hospital se tornará especializado	2	3%
Riscos	12	14%	Financeiro	9	75%
			Diminuição de pacientes	3	25%
Total	84	100%			

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Contudo, destaca-se que os elementos que evidenciaram essa percepção possuem uma representatividade baixa; dessa forma, infere-se que o grupo entrevistado possui uma percepção mais otimista do processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor, sendo menos direcionada para os impactos que o processo pode causar e mais associada às estratégias que eles consideram que podem contribuir para a sustentabilidade dos hospitais. Perceba-se que 86% do total das unidades de registro da categoria estão vinculadas à subcategoria I – tendências. Sendo essa tendência a de os hospitais assumirem outras atividades que não estão relacionadas à sua

prestação de serviços, adicionando atendimentos associados a prevenção e acompanhamento pós-hospitalar. Entretanto, mais uma vez não se pode inferir que essa movimentação está relacionada a práticas baseadas em valor. Considerando-se as fragilidades apresentadas, essa movimentação pode ainda estar associada à visão de que o hospital precisa atender todas as condições e disponibilizar todos os serviços.

É importante ressaltar que os entrevistados não vincularam essas tendências com possíveis oportunidades, mas sim, com a necessidade de diminuir riscos advindos do processo. Nesse sentido, conforme a Tabela 12, criou-se a categoria compreensão quanto às necessidades, que está vinculada com as mudanças necessárias no setor de saúde e no hospital para viabilizar a implantação do sistema de pagamento baseado em valor.

Tabela 12 - Categoria compreensão quanto às necessidades

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%
Necessidade associada ao(s):			Tipos de necessidade		
Ambiente externo	57	27%	Mudança do comportamento das operadoras	22	39%
			Participação das operadoras	9	16%
			Apoio financeiro	8	14%
			Relacionamento com base em confiança	3	5%
			Auditoria de informações	3	5%
			Restrição do acesso do paciente	3	5%
			Determinação de obrigatoriedade na publicação dos resultados	3	5%
			Definir o papel do hospital no setor	2	4%
			Padronização dos indicadores	2	4%
			Apoio da agência reguladora no processo de mudança	2	4%
Métodos internos	53	25%	Modificar o modelo assistencial	27	51%
			Definir o conceito e método	14	26%
			Estruturar processos internos	12	23%
Profissionais	44	20%	Modificação da cultura	18	41%
			Pessoas capacitadas	16	36%
			Envolvimento do médico	6	14%
			Treinamento para equipe	4	9%
Mensuração	33	15%	Mensurar e analisar custos	21	64%
			Melhorar a qualidade das informações	7	21%
			Mensurar resultados	3	9%
			Ter dados	2	6%
Recurso	28	13%	Tecnologia da informação	28	100%
Total	215	100%			

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Identificou-se, assim, que há uma coerência entre as necessidades citadas pelos entrevistados, na categoria compreensão quanto às necessidades, e as necessidades mencionadas pela literatura. Porter e Teisberg (2007), por exemplo, consideram que as operadoras de saúde possuem um papel essencial na competição baseada em valor. Entretanto, os autores ressaltam que há necessidade de mudança de comportamento, pois nos EUA a maioria das operadoras de saúde não correspondem a esse potencial, reforçando a competição de soma 0 e deixando de fornecer valor máximo aos seus clientes. Destaca-se que, diferentemente da ideia da subcategoria II – restrição do acesso do paciente, Porter e Teisberg (2007) acreditam que as operadoras de saúde precisam se livrar da postura vinculada a restrição das escolhas feitas pelos pacientes e supervisão das práticas médicas, sendo necessário que as operadoras de saúde entendam que seu papel essencial é possibilitar que os seus pacientes e seus médicos obtenham atendimento excelente, sem tentar restringir a escolha deles. Entende-se que a prática restritiva não será necessária ao implantar o modelo de pagamento baseado em valor, pois os prestadores receberão conforme a equação de valor, custo e qualidade, e não mais conforme os recursos utilizados, mudando o foco da discussão do que se utilizou e para a qualidade do resultado. Corroboram ainda os autores que a implantação do modelo exige a construção de um nível de confiança hoje inexistente, além da mudança da mentalidade, atitude e modos de operação das operadoras. Porter e Teisberg (2007) ressaltam que essa é ainda uma necessidade nos EUA.

Tão relevante quanto o papel da operadora de saúde, é o papel do governo e de órgãos reguladores no fomento da competição baseada em valor. Identificou-se que, além de ser uma necessidade percebida pelos líderes, é citada pela literatura. Porter e Teisberg (2007) consideram que esses envolvidos possuem a responsabilidade de assegurar a coleta e disseminação de informações sobre os resultados e preços dos prestadores para cada condição de saúde, mas não significa que eles tenham que desenvolver as medidas ou realizar a coleta e disseminação. Em lugar disso, eles deveriam estabelecer e supervisionar um processo de definição de um conjunto de medidas de resultados para cada condição clínica, assegurando que essas atividades ocorram. Os autores ressaltam que nos EUA, mesmo com muitas iniciativas de mensuração e divulgação de informações, a atuação mais incisiva do governo ainda é necessária.

Quando da análise da categoria percepção quanto aos fatores que podem limitar (Tabela 13), observa-se que, assim como ocorreu com a categoria compreensão quanto às necessidades,

emergiram limitações associadas ao ambiente externo, profissionais, recursos e métodos internos. Porém, destaca-se que não foram encontrados elementos associados à mensuração; dessa forma, infere-se que os líderes consideram que as necessidades associadas à mensuração dos dados não limitam o processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor.

Tabela 13 - Categoria percepção quanto aos fatores que podem limitar

Subcategoria I	Frequência Unidade de registro	%	Subcategoria II	Frequência Unidade de registro	%			
Ambiente externo	47	62%	Não mudança de cultura do setor	13	28%			
			Falta de apoio da operadora de saúde	13	28%			
			Não considerar as diferenças entre as regiões	5	11%			
			Não participação de todos os envolvidos	5	11%			
			Proibição da divulgação da performance dos médicos	4	9%			
			Falta de confiança	4	9%			
			Não padronização dos dados	2	4%			
			Baixo investimento na saúde	1	2%			
			Profissionais	22	29%	Não ter conhecimento	11	50%
						Mudança da cultura dos profissionais da instituição	4	18%
Não adesão da alta direção	4	18%						
O não engajamento do médico	2	9%						
Recurso	5	7%	Ausência de TI e dados	5	100%			
Métodos internos	1	1%	Corpo clínico aberto	1	100%			
Não há impossibilidade	1	1%						
Total		76	100%					

Fonte: entrevistas realizadas pela autora.

Ainda no sentido comparativo, assim como nas categorias compreensão quanto às necessidades, o ambiente externo também apresentou a maior frequência das unidades de registro,

contudo, com uma representação mais significativa, sendo de 62% do total das unidades de registro, e com tipos de limitações diferentes. Observa-se que emergiram elementos que evidenciam que os entrevistados consideram que a não mudança de cultura do setor, considerando todos os envolvidos, é um fator limitante. Nessa linha de análise o entrevistado 19 evidencia que o Brasil não possui uma cultura meritocrática e que isso pode limitar a adesão às práticas baseadas em valor:

O Brasil é um país curioso, né, porque a gente tem uma mentalidade de que as coisas precisam ser igualitárias. A gente paga igual, tem que ser igual no Rio de Janeiro e em São Paulo. Tem essa coisa de o pagamento ser igual e na saúde eu sei que não é e não deve ser. Quer dizer, se um hospital oferece um serviço melhor, ele deve receber melhor por isso; se ele tem melhores resultados, ele deve ser beneficiado por isso. Mas as nossas leis não favorecem muito isso, eu acho que isso é um impeditivo, os nossos juízes não gostam muito disso, a nossa justiça não é meritocrata, os nossos julgadores não são meritocratas. Eu acho que tem outras coisas da nossa cultura que atrapalham um pouco isso, mas eu acho que a tendência é de se aceitar isso. Eu acho que no Brasil as pessoas não gostam de concorrer e de ser avaliados, não é parte da nossa cultura e acho que isso prejudica muito de a gente ter hospitais melhores. (E19)

Destaca-se, também, que os entrevistados consideram que o apoio das operadoras de saúde é fundamental para a implantação do modelo de pagamento baseado em valor, pois a subcategoria II falta de apoio das operadoras de saúde possui a mesma representatividade da subcategoria não mudança de cultura do setor. O entrevistado 2 acrescenta que tentou buscar parcerias com as operadoras de saúde, mas não obteve sucesso:

[...] a surpresa que a gente teve da operadora de saúde, da fonte pagadora. Eles não querem implantar esse modelo, então a gente conversou com todas as operadoras de saúde, hoje a gente tem as maiores operadoras lá, e nenhuma demonstrou interesse em fazer essa parceria e em desenvolver esse modelo com a gente. (E2)

Desta forma, observou-se que emergiram elementos que representam que há necessidades e limitações associadas ao processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor. O resultado demonstrou que a estrutura de custos e os possíveis riscos advindos da dinâmica do mercado são considerados como necessidades, mas não são considerados como limitações. Emergiram, ainda, fatores que são considerados como possíveis limitações que não faziam parte

da hipótese inicial. Portanto, os dados corroboram parcialmente a hipótese inicial de que há fatores que limitam o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor e que esses fatores podem estar associados a estrutura de custos e possíveis riscos advindos da dinâmica do mercado.

Contudo, destaca-se que Porter e Teisberg (2007) consideram que as barreiras e desafios advindos do sistema atual de saúde podem prejudicar o processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor, mas que não impedem a sua implantação. Os autores acrescentam que o governo, em qualquer país, tem uma grande influência no sistema de saúde, mas ele não é necessariamente a chave para a reforma do sistema, sendo possível a cada participante do sistema dar passos que aumentam significativamente o valor para o paciente, sem a necessidade de nova regulamentação ou legislação. Desta forma, considera-se que é possível desenvolver estratégias baseadas em valor, que possam tangibilizar o processo de pagamento *fee-for-value*, mesmo sem ter um cenário perfeito.

6. CONCLUSÃO

A literatura demonstra que o pagamento baseado em valor é a consequência de práticas, que estão associadas a experiência, escala e domínio em cada serviço, sendo tangibilizado por meio de uma equação que considera a qualidade e o custo dos serviços prestados. Portanto, antes de implantar o modelo de pagamento é necessário que os hospitais desenvolvam um caminho para a excelência na sua área de serviço, considerando estratégias de metas que devem determinar a estrutura organizacional, os sistemas de mensuração de desfecho e custo, levando em conta a percepção do paciente, e o uso de suas instalações.

Nesse contexto, os resultados desse estudo evidenciam a complexidade do processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor entre importantes formadores de opinião e líderes da área hospitalar. Observa-se que, com menor representatividade, emergiram elementos que demonstram que há a concepção de que o modelo de pagamento atualmente utilizado, baseado em serviço, não é totalmente negativo e que se considera a remodelagem desse modelo como uma possível solução. Entretanto, constatou-se que os entrevistados entendem que há a necessidade de mudança do conceito do modelo de pagamento atualmente utilizado, *fee-for-service*, e compreendem os motivos que levam a essa necessidade. Nem sempre as opiniões quanto às soluções para os problemas do setor irão convergir, mas é fundamental que os envolvidos sempre busquem as melhores práticas do mercado, com respaldo científico e comprovação de resultados.

Destaca-se que a percepção do grupo quanto ao *fee-for-value* foi positiva, contudo, emergiram elementos que demonstram fragilidades quanto ao conhecimento do conceito do modelo por parte dos entrevistados. Observou-se que parte dos participantes do estudo sinalizaram a existência de dúvidas relacionadas à teoria e à implantação do modelo, além de ser praticamente unânime a concepção de que há falhas quanto ao conhecimento dos profissionais que fazem parte dos seus grupos de trabalho. Desse modo, infere-se que se faz necessária a implantação de práticas que disseminem os conceitos do modelo *fee-for-value* de forma consistente e aprofundada. Entende-se que a não compreensão do modelo pode ocasionar tentativas frustradas de implantação, gerando conclusões inadequadas quanto aos seus benefícios.

Em relação à mensuração dos desfechos e prestação de contas, constatou-se que o grupo considera que os hospitais possuem baixa maturidade, cenário que foi justificado pelas diversas dificuldades e riscos associados ao processo de mensuração e divulgação das informações.

Identificou-se também que houve percepção positiva quanto ao conceito das Unidades de Prática Integrada. Nessa questão, surgiram elementos que evidenciam dois aspectos importantes: o primeiro, associado à divergência entre o principal conceito das UPIs, que é escolher o conjunto de condições de saúde conforme a capacidade de alcançar a excelência em termos de valor para o paciente, e a cultura que os entrevistados consideraram que os hospitais possuem, que está associada à escolha de prestação de serviços de condições clínicas mais rentáveis financeiramente.

O segundo aspecto relevante corresponde aos elementos que sinalizaram que há uma movimentação dos hospitais para assumirem outras atividades que não estão relacionadas a sua prestação de serviço, adicionando atendimentos associados a prevenção e acompanhamento pós-hospitalar, com o objetivo de diminuir os riscos e impactos advindos da dinâmica atual do setor de saúde. Considerando o conceito das UPIs e as fragilidades que o estudo apontou quanto aos princípios básicos do *fee-for-value*, infere-se que essa tendência pode estar associada ainda à visão de que o hospital precisa atender todas as condições e disponibilizar todos os serviços e não necessariamente está vinculada a práticas baseadas em valor.

Observa-se que emergiram elementos que demonstraram que os entrevistados consideram que todos os envolvidos no sistema de saúde – operadoras de saúde, órgão regulamentadores, entre outros –, precisarão estar envolvidos no processo de mudança do modelo de pagamento, não podendo ser apenas uma ação do hospital. Nessa linha de raciocínio, ressalta-se a necessidade principalmente da participação e do apoio das operadoras de saúde, além da reformulação dos processos internos, capacitação e engajamento dos profissionais, mensuração dos resultados, incluindo os custos, e recursos tecnológicos que viabilizem a coleta e integração das informações. Entretanto, constatou-se que os fatores, com maior representatividade, que os entrevistados consideraram que podem limitar o processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor estão associados principalmente ao ambiente externo e aos profissionais, destacando como impeditivos a não mudança de cultura de todos os envolvidos, a falta de apoio das operadoras de saúde e a falta de conhecimento dos profissionais sobre o conceito do modelo.

Os hospitais e os profissionais parecem não estar preparados para lidar com o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor. De um lado, os hospitais possuem pouca disponibilidade de recursos e estratégias que não estão voltadas às práticas que fomentem valor para o paciente; e, de outro, há a fragilidades quanto ao conceito e método de implantação, por parte dos profissionais. Entretanto, entende-se que a fragilidade quanto ao conhecimento dos

profissionais é um fator extremamente crítico, que pode inviabilizar o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor. Acredita-se que por meio do conhecimento será possível transformar a cultura, desenvolver estratégias voltadas para as práticas que geram valor ao paciente e possam em paralelo superar os riscos advindos do processo, e, por fim, definir e obter os recursos necessários para a viabilização da implantação do modelo. Mas, é importante reforçar que também há uma fragilidade no processo de disseminação do conceito do modelo *fee-for-value*, sendo necessário o desenvolvimento de práticas que disseminem os conceitos de forma objetiva, estruturada e robusta.

Este estudo apresentou os desafios e barreiras, a partir da concepção de importantes formadores de opinião e líderes da área hospitalar, para a implantação do modelo de pagamento baseado em valor. Acredita-se que as ações focadas para a transposição dessas barreiras terão um impacto significativo para a disseminação do processo de implantação do modelo. Não haverá cenário perfeito para a implantação do modelo de pagamento baseado em valor, sendo necessário um primeiro passo para a transposição dos desafios apresentados.

6.1. Limitação da pesquisa

Como limitações do estudo consideram-se dois aspectos importantes: o primeiro, associado ao fato de os resultados dessa pesquisa apresentarem validade apenas para o grupo estudado, não devendo ser generalizados; o segundo está associado ao estudo de apenas uma das partes envolvidas no processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor, qual seja, a dos prestadores hospitalares. Consideramos necessária a investigação da visão dos financiadores do Sistema de Saúde Suplementar, abrindo a possibilidade de confrontar as diferentes perspectivas de hospitais e operadoras sobre os fatores que favoreceriam ou comprometeriam a implantação do modelo de prestação de serviços de saúde baseado em valor.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP (Brasil). **Programa de desfechos da ANAHP: implementação do standard set de insuficiência cardíaca da ICHOM.** Observatório 2018. 10 edição, 2018. Disponível em: <<https://ondemand.anahp.com.br/curso/publicacao-observatorio-2018>> Acesso em: 12 nov. 2019
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RECURSOS HUMANOS - ABRH (Brasil). **O custo da saúde nas empresas.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://abrhsp.org.br/conteudo/noticias/o-custo-da-saude-nas-empresas/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020).** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FRRJ76tQWYMJ:https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=de.>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Caderno de informação da saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4750&tipo_midia=2&iIndexSrv=1&iUsuario=0&obra=54&tipo=0&iBanner=0&iIdioma=0>. Acesso em: 24 fev. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf>. Acesso em: 07 abr de 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Operadoras em Regime Especial de Liquidação e em Falência.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/operadoras-em-regime-especial-deliquidacao-ou-falencia.>> Acesso em: 17 mar. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Sala de situação,** 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- ARAÚJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23:8, p. 2763-2770, 2018. Doi: [10.1590/1413-81232018238.20572016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016).

- ABBAS, Kátia. Gestão Hospitalar – Custeio Baseado em Atividades versus métodos tradicionais. In: **Congresso Brasileiro de Custos**, 11, Porto Seguro, BA, 2004. Disponível em <file:///Users/flaviafrancisquini/Downloads/2444-2444-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.
- ABBAS, Kátia, *et al.* Custeio Baseado em Atividades (ABC) e Custeio Baseado em Atividade e Tempo (TDABC) em Organizações Hospitalares: Uma Análise Descritiva da Literatura Nacional e Internacional. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, 5:2, p. 24-38, 2016.
- AILLÓN, Humberto Silva. **A desinstitucionalização do Custeio Baseado em Atividades sob a ótica da Nova Sociologia Institucional**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- AZEVEDO, Paulo Furquim de *et al.* **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas**. São Paulo: Insper–Centro de Estudos em Negócios, 2016. Disponível em: < <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em 16. Jun 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2011.
- BARRETT, Richard. Time-Driven Costing: the bottom line on the new ABC. **Business Performance Management**, 11:1, p. 35-39, 2005.
- DE BARROS, Januária Lino; BEIRUTH, Aziz Xavier. Aplicação de modelos de previsão de insolvência nas operadoras de planos de saúde do Brasil. **Revista de Auditoria Governança e Contabilidade**, 4:15, p. 15-28, 2016.
- BARROS, Aildil Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.
- BRIMSON, James. **Contabilidade por atividades: uma abordagem de custeio baseado em atividades**. Trad. Antonio T. G. Carneiro. São Paulo: Atlas, 1996.
- BESSA, Ricardo de Oliveira. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de empresas de S. Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011.
- BERTÓ, Dalvio José, BEULKE, Roland. **Gestão de custos e resultados na Saúde: hospitais, clínicas laboratórios e congêneres**. 5. ed, São Paulo: Saraiva; 2012.
- BICHUETTI, José Luiz; MERE JR, Yussif. Modelos de Remuneração na Saúde. **Harvard Business Review Brasil**, 91:10, p. 58-62, 2016.
- BUCK. Luciana Ivizi. **Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação**. Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,

Universidade de São Paulo, 2018. Doi.: [10.11606/D.17.2019.tde-14022019-103451](https://doi.org/10.11606/D.17.2019.tde-14022019-103451). Acesso em: 16 de Jun. 2020.

BURNS, Joseph. *Bundled payment: hospitals see the advantages, but face big challenges too*. **Hospitals & health networks**, 87.4: 26-31, 2013

BUSINESS MODEL INNOVATION AWARDS. SCHÖN KLINIK SE – **Best quality data model winner**, 2017. Disponível em: <https://www.healthcarebusinessinternational.com/awards/schon-klinik-se-best-quality-data-model-winner-2017/> >. Acesso em: 29 jan 2020.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, 57.5: 611-614, 2004. Doi: [10.1590/S0034-71672004000500019](https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019) .

COSTA, Elenilde Pereira da Silva Ribeiro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. **Acta Paulista de Enfermagem**, 31.2: 170-180, 2018. Doi: [10.1590/1982-0194201800025](https://doi.org/10.1590/1982-0194201800025)

COTA, Isamara Silva; DA SILVA, Fabiana Lopes. Análise da evolução dos custos assistenciais das operadoras de plano de saúde considerando fator moderador. **Revista Eletrônica do Departamento de Ciências Contábeis & Departamento de Atuária e Métodos Quantitativos (REDECA)**, 6:2,p. 47-62, 2019.

DWORKIN, Shari L. Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. **Archives of Sexual Behavior**, 41, p. 1319-1320, 2012. Doi: [10.1007/s10508-012-0016-6](https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6)

FEDER, Judith. Bundle with care—rethinking Medicare incentives for post-acute care services. **New England Journal of Medicine**, 369: 5, p. 400-401, 2013. Doi:[10.1056/NEJMp1302730](https://doi.org/10.1056/NEJMp1302730)

GOSDEN, Toby, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. **Journal of health services research & policy**, 6.1: 44-55, 2001. Doi: [10.1258/1355819011927198](https://doi.org/10.1258/1355819011927198)

HENKEL, Robert J. *et al.* **The Risks and Rewards of Value-Based Reimbursement**. *Frontiers of Health Services Management*, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26817266/> Acesso em: 7 de junho 2020.

HOONHOUT, Lilian H F *et al.* Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. **BMC health services research**, 9:27, 2009. Doi:[10.1186/1472-6963-9-27](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-27).

ICHOM. **What matters most, patient outcomes and the transformation of health care**. Disponível em: <http://www.ichom.org/book/>>. Acesso em: 4 dez 2019.

- INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE – ICOS (Brasil). Modelos de Pagamento Baseados em Valor, 2017. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf> Acesso em 5 Maio de 2020.
- JACQUES, Jacques Édison. Análise de competitividade nas emergências hospitalares: a necessidade de avaliações assistências e econômicas simultâneas. **Revista Contexto UFRGS**, 2:2, 2002. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11558>>. Acesso em 27 jan. 2020.
- KAPLAN, Robert S.; PORTER, Michael E. How to solve the cost crisis in health care. **Harvard Business review**, 89:9, p. 46-52, 2011.
- KAPLAN, Robert S.; WITKOWSKI, Mary L.; HOHMAN, Jessica A. Schön Klinik: Measuring Cost and Value. **Harvard Business School**, School Case 112-185, March 2012.
- KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDALL, Carl. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 14:6, p. 1061-1063, 2013.
- KINCHESCKI, Geovana Fritzen; ALVES, Rosangela; FERNANDES, Tânia Regina. **Tipos de metodologias adotadas nas dissertações do programa de pós-graduação em administração universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 2012 a 2014**. XV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU, Argentina, 2015.
- KINUKAWA, Antonio Shenjiro. **Medição de valor na saúde: uma análise sobre a implementação do modelo de mensuração de cuidados em saúde baseado em valor no Brasil**. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019.
- LEVINSON, Daniel R. **Adverse events in hospital: national incidence medicare beneficiaries**. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, p. 75, 2010.
- MANZINI, Eduardo José. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. p.11-25, Londrina:2003.
- MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARTINS, Daiana et al. Gestão de custos: um diagnóstico em hospitais universitários federais. **Revista Brasileira de administração hospitalar e inovação em saúde**, 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2461> Acesso em 20 de junho de 2020.

- MECHANIC, Robert; TOMPKINS, Christopher. Lessons learned preparing for Medicare bundled payments. **New England Journal of Medicine**, p.1873–1875, 2012. Disponível em < <https://healthforum.brandeis.edu/publications/pdf/NEJM%20111512%20-%20Lessons%20Learned%20Preparing%20for%20Medicare%20Bundled%20Payments.pdf> >. Acesso em 16 de junho 2020.
- MEDPAC. Approaches to Bundling Payment for Post-Acute Care. **Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System**. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission, p. 57-88, 2013. Disponível em: http://medpac.gov/docs/default-source/reports/mar13_entirereport.pdf Acesso em 20 de junho de 2020.
- MIGUELES, Carmen Pires; LAFRAIA, João Ricardo Barusso; COSTA, Gustavo Costa de. **Criando o hábito da excelência: compreendendo a força da cultura na formação da excelência em SMS**. Rio de Janeiro: qualitymark, 2007.
- MILLER, Harold. 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**. First Edition. 2017
- MIRANDA, Gilberto José *et al.* Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista Contabilidade & Finanças**, 18:44, p. 33-43, 2007. Doi: [10.1590/S1519-70772007000200004](https://doi.org/10.1590/S1519-70772007000200004)
- OKAZAKY, Reimy. **Identificações de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.
- PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. As quatro dimensões competitivas da saúde. Fundação Getulio Vargas - FGV, 2015. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/themes/Mirage2/pages/pdfjs/web/viewer.html?file=http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15017/As%20quatro%20dimens%c3%b5es%20competitivas%20da%20sa%c3%bade.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 20 de junho de 2020.
- PERELMAN, Julian; PONTES, Jorge; SOUSA, Paulo. **Consequências económicas de erros e eventos adversos em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.
- PIZZO, James. J.; RYAN, Debra. L. Four strategies for succeeding with bundled payments. **Journal of Healthcare Management**, 61:5, p. 314-318, 2016.
- PORTER, Michael. E. What Is Value in Health Care? **New England Journal of Medicine**, 363, p. 2477-2481, 2010.
- PORTER, Michael. E; KAPLAN, Robert. S. How should we pay for health care? **Harvard Business School**, p. 15-41, 2015.

- PORTER, Michael. E.; LEE, Thomas H. The strategy that will fix health care. **Harvard Business Review**, 91:10, p. 01-10, 2013.
- PORTER, Michael. E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Tradução: Cristina Bazan. Porto Alegre: ed Bookman, 2007.
- PORTER, Michael. E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. How physicians can change the future of health care. **Journal of the American Medical Association**, 297:10, p. 1103–1111, 2007.
- DE SÁ, Marcelo Coelho.; MACIEL JÚNIOR, J. N.; REINALDO, L. M. Processo de ruína finito: um estudo de caso na saúde suplementar no Brasil. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, 5:2, p. 88-103, 2017.
- REIS, Juliana Gondin. **Análise comparativa do método de custo por absorção e do sistema de custeio ABC nas pequenas empresas prestadoras de serviço contábeis: um estudo de caso**. Dissertação de Pós-Graduação em Controladoria, Universidade Federal do Ceará, 2005.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SANTOS, Marcel de Souza. **Gestão da mudança organizacional: uma revisão teórica**. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2014.
- SAUNDERS, Mark., LEWIS, Philips. & THORNHILL, Adrian. **Research Methods for Business Students**. 6th ed., Harlow: Pearson Education Limited, 2012.
- SHREVE, Jon *et al.* **The Economic Measurement of Medical Errors**. Milliman, p. 4 – 274, 2010.
- SILVA, Alceu Alvez da. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico**, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267F961F8C679C/TT_AR_6AAIvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf > Acesso em 8 de maio de 2020.
- SPECTOR, M. Juliet *et al.* **Provider Payment Arrangements, Provider Risk, and Their Relationship with the Cost of Health Care**. Society of Actuaries, 2015. Disponível em: <https://www.soa.org/globalassets/assets/Files/Research/Projects/research-2015-10-provider-payment-report.pdf> Acesso em 5 de janeiro de 2020.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED. **Value-based healthcare: A global assessment.** The Economist, 2016. Disponível em: < <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/value-based-healthcare-global-assessment-1>>. Acesso em: 15 de junho 2020.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED. **Value-based Healthcare in Germany From free price-setting to a regulated Market.** The Economist, p. 1-13, 2015. Disponível em < <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/value-based-healthcare-germany-free-price-setting-regulated-market>>. Acesso em: 15 de junho 2020.

TAKAHASHI, Ana Cláudia Diniz. **Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano.** Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011.

TRAVASSOS, Cláudia; *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, 10, p.74-80, 2010.

URQUIZA, Marconi Albuquerque. MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Paraná: Revista científica do programa de pós graduação em estudo da linguagem.** 16:1, p. 115-144, 2016.

VALENCE HEALTH. Solutions for Value-Based Care. Models of Value-Based Reimbursement. **Valence Health**, 2013. Disponível em: < <https://docplayer.net/16514376-Models-of-value-based-reimbursement-a-valence-health-primer.html>> Acesso em: 16 de Junho 2020.

WAGNER, Kay. Health care reform and leadership: switching from volume to value. **Physician Leadership Journal**, 1:1, p.22-24, 2014.

WANG, Cheng-Kun. The debates of pay-for-performance about quality of health care. **The International Journal of Organizational Innovation**, 8:2, 2015.

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro de entrevista

Primeira parte: introdução e alinhamento quanto ao processo da entrevista.

- Será reforçado o objetivo do trabalho, formato da entrevista e os cuidados que serão tomados para evitar a caracterização dos participantes (falar novamente sobre o termo de consentimento).

Segunda parte: aquecimento e breve entendimento quanto ao perfil do participante.

- Conte-me brevemente sobre a sua trajetória profissional (elementos que deverão ser perguntados caso o participante não informe: formação acadêmica e tempo de experiência na área de gestão).

Terceira parte: iniciar a gravação.

- Reforçar que a entrevista começará a ser gravada e dados que possam caracterizar o participante (por exemplo, nome do participante ou nome do local onde ele trabalha) não poderão ser mais mencionados.

Quarta parte: identificar o ponto de vista do participante quanto a necessidade de mudança do modelo de remuneração (de *fee-for-service* para *fee-for-value*). [Hipótese: os líderes entrevistados não possuem um entendimento quanto à necessidade de mudança do sistema de pagamento *fee-for-service*.

- Do seu ponto de vista, por que o mercado de saúde e a literatura têm refletido sobre a implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração atualmente utilizado (modelo de pagamento baseado em serviço)?

Quinta parte: identificar a percepção do entrevistado quanto ao modelo de pagamento baseado em valor. [Hipótese: há uma fragilidade quanto ao conhecimento dos líderes sobre o sistema de pagamento baseado em valor e que eles não possuem suporte, teórico e prático, dos profissionais do seu grupo de trabalho para a implantação do modelo.]

- Você já participou de algum curso, evento (congresso, simpósio, entre outros) onde foi abordado o tema: pagamento baseado em valor (*fee-for-value*)? Se sim, conte-me a sua experiência?

- Já esteve ou está envolvido no processo de implantação do modelo baseado em valor (*fee-for-value*)? Se sim, conte-me a sua experiência?

- Como você definiria o sistema de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*)?

- Como você avaliaria o nível de conhecimento do time do hospital que você trabalha ou já trabalhou e do mercado sobre o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*)?

Sexta parte: entender a concepção dos líderes quanto aos conceitos propostos por Porter confrontando com a realidade dos hospitais (mensuração e divulgação de indicadores e desfechos e Unidades de Práticas Integradas – UPI) [Hipótese: há fragilidades no processo de mensuração e divulgação dos desfechos e de que a proposta das UPIs não é bem aceita pelos entrevistados, devido a cultura de que o hospital deve ser responsável por todos os tipos de atendimentos]

- Qual o modelo de pagamento praticado atualmente em sua instituição ou nas instituições que você trabalhou?

- Conforme Porter, a mensuração de dados associados ao resultado ou desfecho assistencial por condição clínica específica, como por exemplo: os Standard Sets (mensuração padronizada de um conjunto de informações, como dados demográficos dos pacientes, da linha de base, de tratamentos, de complicações e de PROMs) desenvolvidos pela ICHOM, é uma das premissas da abordagem baseada em valor. Do seu ponto de vista, qual o grau de maturidade da instituição que você trabalha ou já trabalhou e do mercado quanto a essa premissa?

- Porter evidencia que a divulgação dos resultados ou desfechos assistenciais, a cultura de prestação de contas e inclusão dos cidadãos no processo e tomada de decisão à saúde é tão importante quanto o método de coleta, entretanto o autor ressalta que não há esta cultura na área da saúde.

Qual a sua opinião quanto à maturidade da instituição que você trabalha ou já trabalhou e do mercado quanto à divulgação dos resultados ou desfechos assistenciais, a cultura de prestação de contas e inclusão dos cidadãos no processo e tomada de decisão à saúde?

- Em um nível mais amplo do cuidado baseado em valor, considerando a trajetória completa do paciente (promoção até reabilitação), Porter propõem a implantação de Unidades de Prática Integrada (UPI). Essas unidades possuem foco apenas em um grupo definido de condições de saúde e doenças associadas, portanto neste modelo o hospital deixaria de ser ponto único de atendimento e não atenderia mais toda a linha de cuidado.

Considerando o modelo de atendimento do hospital que você trabalha ou já trabalhou e do mercado, qual a sua opinião quanto a esta proposta?

Sétima parte - fechamento: Identificar a percepção dos líderes quanto às necessidades, limitações e tendências dos hospitais. [Hipótese: há fatores que limitam o processo de implantação do sistema de pagamento baseado em valor e que esses fatores podem estar associados a estrutura de custos e possíveis riscos advindos da dinâmica do mercado.]

- Porter considera a estruturação dos custos como um desafio para o processo de implantação do modelo de pagamento baseado em valor, pois as instituições ainda utilizam a estrutura tradicional de custos, que possui como base o rateio relacionado ao volume, ou seja, assume-se neste modelo que os custos dos produtos e serviços variam conforme o volume, partindo do pressuposto que todo produto e serviço é igual e custa o mesmo valor e determinando o seu custo individual pela média. O autor sugere a utilização do custeio baseado em Atividade e Tempo (Time-Driven Activity-Based Costing - TDABC), que é uma metodologia de custeio baseada no paciente e sua condição médica, correlacionando o tempo dos profissionais e os recursos utilizados durante o atendimento assistencial. Diante deste contexto, como você avaliaria o processo de custeio da instituição que você trabalha ou já trabalhou e do mercado?

- Como você avaliaria o processo de cruzamento de dados assistenciais e financeiros na instituição que você trabalha ou já trabalhou e do mercado?

- Em sua opinião o que o hospital precisa ter (recursos) para possibilitar a implantação do modelo de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*)?

- Em sua opinião, quais questões impossibilitariam a implantação do sistema de pagamento baseado em valor (*fee-for-value*) no hospital que você trabalha ou já trabalhou e do mercado?

- Qual seria o impacto do modelo atual da cadeia de valor de prestação de serviço hospitalar; considerando: atendimento em toda a jornada do paciente (primário, secundário e terciário), cultura do paciente e fonte pagadora; para o seu hospital, caso ele implante o modelo de pagamento *fee-for-value*?

- Em sua opinião, os hospitais teriam que atuar em outros elos da cadeia de valor de prestação de serviço em saúde para controlar a jornada do paciente e minimizar possíveis riscos advindos dela?

Por favor, justifique a sua resposta.

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: Limitações para implantação do modelo de pagamento *fee-for-value* nos hospitais brasileiros (título temporário), conduzida por Flavia Gomes Francisquini, aluna do mestrado profissional da Fundação Getúlio Vargas.

A pesquisa está sendo desenvolvida como trabalho aplicado para a conclusão do curso do mestrado profissional em gestão pela competitividade em saúde. O objetivo deste estudo é descrever e analisar a concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração *fee-for-value*.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A participação no estudo não provocará gastos para os participantes, podendo apenas implicar em desconforto ao responder a questões referentes a vida profissional e risco mínimo da divulgação de dados que caracterize o participante. É importante ressaltar que todos os cuidados necessários serão tomados para mitigação do risco apresentado e espera-se que o resultado deste estudo contribua com o processo de implantação do modelo baseado em valor, por meio do fornecimento de material teórico-prático.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista a respeito das limitações para implantação do sistema de pagamento *fee-for-value* no hospital que você trabalha, a entrevista será realizada por meio de uma reunião online (utilizando o programa zoom.us), que será conduzida pela autora da pesquisa (Flavia Gomes Francisquini) e terá duração máxima de 60 minutos. O

questionário que será utilizado possui dezessete perguntas, que serão divididas conforme o roteiro abaixo:

1. Introdução e alinhamento quanto ao processo da entrevista: será reforçado o objetivo do trabalho, formato da entrevista e os cuidados que serão tomados para evitar a caracterização dos participantes.
2. Aquecimento e entendimento quanto ao perfil do participante: será realizado uma pergunta a respeito de sua trajetória profissional.
3. Início da gravação: será reforçado que a entrevista começará a ser gravada e os dados que possam te caracterizar (por exemplo, seu nome ou nome do local onde você trabalha) não poderão ser mais mencionados.
4. Identificação do ponto de vista do participante quanto à necessidade de mudança do modelo de remuneração (de *fee-for-service* para *fee-for-value*) esta fase é composta por 1 pergunta aberta.
5. Identificação da percepção do entrevistado quanto ao modelo de pagamento baseado em valor: fase composta por quatro perguntas abertas.
6. Entendimento da concepção dos líderes quanto aos conceitos propostos por Porter confrontando com a realidade dos hospitais (mensuração e divulgação de indicadores e desfechos e Unidades de Prática Integradas – UPIs): esta fase é composta por quatro perguntas abertas.
7. Fechamento: Identificar a percepção dos líderes quanto às necessidades, limitações e tendências dos hospitais: composta por 6 perguntas abertas.

Nesta reunião não haverá participação de outros envolvidos e não será necessário a habilitação da câmera, pois não haverá registros de vídeo. Entretanto, o áudio será gravado para que a entrevista possa ser transcrita posteriormente.

A fim de assegurar sua privacidade, a gravação do áudio iniciará apenas após a apresentação inicial, portanto dados que possam caracteriza-lo, como seu nome e nome da instituição que você trabalha ou já trabalhou, não serão identificados e nem gravados. As entrevistas serão transcritas pela autora e o material será salvo em seu computador pessoal, contendo senha e dispositivo de segurança para evitar acesso de outras pessoas.

Caso você concorde em participar desta pesquisa e aceite a publicação dos resultados em meios,

científicos desde que o sigilo dos informantes seja mantido, envie o aceite virtual ou assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento através dos contatos indicados abaixo.

Flavia Gomes Francisquini

Aluna do mestrado profissional da Fundação Getulio Vargas

E-mail: flavia_francisquini@yahoo.com.br

Telefone: + 49 172 3901618

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.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa, e que concordo em participar.

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

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Apêndice C: Aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getulio Vargas



COMITÊ DE CONFORMIDADE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPH/FGV	
Parecer n. 034/2020	
Local da Reunião	Rio de Janeiro
Data	20 de março de 2020
DADOS GERAIS	
Pesquisador Responsável	Flavia Gomes Francisquini
Centro/Escola	EAESP
Curso	Mestrado Profissional (gestão pela competitividade - Saúde FGV)
Orientador	Fernando L. Alberto
Título do projeto de pesquisa	Limitações para implantação do modelo de pagamento fee-for-value em hospitais brasileiro - Título temporário
Financiamento	Não
Relator	Joísa Campanher Dutra
RELATÓRIO	

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

“O aumento crescente de despesas do sistema de saúde suplementar e as queixas quanto à qualidade da assistência à saúde, fomentaram a reflexão quanto as fragilidades do setor e às possíveis soluções para reverter o quadro atual. Dentre as principais discussões no mercado de saúde e literatura, destaca-se a importância da implantação de estratégias para a modificação do modelo de remuneração que é utilizado atualmente (remuneração por serviço ou fee-for-service). Neste sentido, pretende-se estimular que o sistema de pagamento seja baseado em valor (fee-for-value), contribuindo para um cenário onde haja competição por desfechos e os fornecedores sejam recompensados pelos resultados e não mais pelos serviços. Observa-se que a adesão a esse processo de modificação se tornou uma tendência do setor, contudo no Brasil esta movimentação é extremamente lenta. Neste contexto, a questão central dessa pesquisa pauta-se em entender: Quais fatores contribuem para a baixa adesão ao processo de implantação do modelo de pagamento fee-for-value em hospitais brasileiros? Para isso, o presente estudo buscará descrever e analisar a concepção dos líderes de instituições hospitalares brasileiras acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração fee-for-value, partindo de um pressuposto desconhecido, sem

respostas certas e com o propósito de gerar conhecimento teórico-prático, optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, com natureza aplicada descritiva-exploratória. Por meio de uma amostra não probabilística ou intencional, na qual a autora se dirigirá intencionalmente a um grupo do qual deseja saber a opinião, serão realizadas entrevistas com gestores da área hospitalar. Sendo assim, o resultado apresentará validade apenas para o grupo estudado, não podendo ser generalizado. (BARROS, LEHFELD, 1986) A escolha da população a ser estudada baseou-se no interesse de pesquisar o sistema de pagamento do mercado de saúde suplementar brasileiro. Sendo assim, a população que será estudada deverá apresentar vínculo com instituições do setor privado, sendo considerado como critério de exclusão para o estudo gestores com vínculos com hospitais que servem exclusivamente ao Sistema Único de Saúde – SUS (hospitais públicos municipais, estaduais e federais), pois esses apresentam um modelo específico de remuneração que não é objeto desse estudo. Portanto, a amostra contemplará líderes estratégicos, aqueles que possuem atuação direta com controle de gestão, qualidade e gastos, podendo ocupar posição hierárquica de gerente, diretor e administrador hospitalar; os profissionais deverão apresentar vínculo trabalhista com hospitais de natureza privada ou beneficente sem fins lucrativos, que possuem contratos privados ou com operadoras de saúde. A coleta de dados será realizada por meio de uma pesquisa de campo, onde a autora realizará entrevistas estruturadas, que serão gravadas e transcritas, para posteriormente serem analisadas conforme o método de Análise de Conteúdo, criado por Bardin (1977). Por esse método, a autora buscará elementos frequentes que se transformam em códigos de análise e possibilitam a definição de categorias discursivas a respeito da concepção dos líderes de instituições hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração fee-for-value. É importante ressaltar que esse projeto de pesquisa será submetido ao comitê de ética em pesquisa e será oferecido aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, garantindo absoluto sigilo. Também será solicitado uma autorização dos participantes para publicação dos resultados em meios científicos desde que o sigilo dos informantes seja mantido.”

A pesquisadora esclareceu que a amostra será composta “[i]nicialmente de 20 entrevistas. Entende-se que este número de entrevistas possibilitará a identificação de elementos frequentes que se transformam em códigos de análise e viabilizando a definição de categorias discursivas a respeito do objetivo do trabalho, é importante ressaltar que optou-se por utilizar nesse trabalho a amostra não probabilística ou intencional, na qual a autora se dirigirá intencionalmente ao grupo do qual deseja saber a opinião. (BARROS, LEHFELD, 1986)”.

“Os dados coletados serão armazenados no computador pessoal da autora, que possui senha e dispositivos que evitam acessos indevidos ao aparelho. Apenas a autora terá acesso as informações”.

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, o pesquisador esclareceu:

“1- Entrevistas individuais, marcadas no horário de conveniência do entrevistado.

2- As entrevistas serão gravadas (apenas voz) para posteriormente serem a transcritas.

3- As gravações serão apagadas após o término das transcrições.

4 - As transcrições serão realizadas pelo autor do trabalho.

5- O nome do entrevistado, assim como o nome do hospital onde o mesmo trabalha, não serão mencionados durante a gravação.”.

A pesquisadora ainda esclareceu:

“**Durante a entrevista:** os nomes não serão citados, eu irei me referir aos participantes apenas por "você”.

- **Nome do audio salvo no computador da autora / Durante a discussão do trabalho:** os nomes dos participantes serão substituído por códigos, exatamente como o exemplo citado (Entrevistado 1, entrevistado 2 etc.)” 115

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 totalmente adequado para execução.

Rio de Janeiro, 20 de março de 2020.



Osny da Silva Filho

Coordenador do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos -
CEPH/FGV

Apêndice D: Exemplo da categorização

Categoria - Atributos negativos				
Definição da categoria:	corresponde apenas aos elementos negativos utilizados pelos entrevistados para explicar a necessidade de mudança do modelo de pagamento atualmente utilizado.			
Subcategoria I	Subcategoria II	Indicadores / unidades de registro	Unidade de contexto	Enumeração por indicadores
Perda financeira	Insustentabilidade e financeira	Não se sustenta Não se paga Insustentável Insustentável Insustentável Inviável sustentar Buscar sustentabilidade Não vai se sustentar Insustentável Manter sustentabilidade financeira Não vai se sustentar Está falido Insustentável Não é sustentável Difícil sustentação Sobrevivência do setor Fadado a falência Insolvência financeira Impagável Insustentável	<p><i>E1 - "Então, a necessidade de mudar é porque esse sistema não se sustenta mais, ele não se paga."</i></p> <p><i>E2 - "Porque está ficando insustentável. [...] Então, eu entendo que esse modelo de pagamento por serviço está ficando insustentável por "n" razões com certeza o excesso, o overuse que esse modelo do fee-for-service gera, é algo que é bastante expressivo."</i></p> <p><i>E3 - "Por ser um modelo hoje insustentável."</i></p> <p><i>E11 - "Estão tentando buscar uma sustentabilidade para um mercado que ficou mal explorado a muito tempo, e que hoje chegou em um ponto que esta ficando inviável sustentar a fonte pagadora com a fonte prestadora."</i></p> <p><i>E14 - "Eu acredito que essa discussão está acontecendo, porque da maneira que esta o modelo atual de remuneração, ele é insustentável, hoje o país destina próximo dos 10% do PIB para a saúde e a 20 anos esse numero vai mais que dobrar, então algumas ações precisam ser discutidas, esse modelo atual, na minha opinião não vai se sustentar."</i></p> <p><i>E26 - "Eu penso que seja relacionada a questão de manter a sustentabilidade financeira em relação as operadoras de saúde e os prestadores de serviço, esse modelo se torna um pouco injusto, principalmente para as operadoras de saúde"</i></p> <p><i>E25 - "Eu acredito que o modelo atual que a gente tem hoje, ele não vai se sustentar, se você for continuar pagando a conta aberta ali, porque a gente sabe que isso muitas vezes leva uma permanência maior do paciente e um consumo muito maior para o paciente."</i></p> <p><i>E28 - " Por sabermos que o modelo atual está falido, e não alinha interesse entre todos, pacientes, hospitais e pagadores".</i></p> <p><i>E30 - "É um modelo insustentável [...]"</i></p>	20

		<p><i>E29 - "Porque o modelo fee-for-service não é sustentável do ponto de vista de sustentabilidade financeira, nem para o contratante e nem para quem paga a conta."</i></p> <p><i>E17 - "Eu acho que isso está acontecendo porque os custos em geral com saúde no mundo inteiro e já chegaram a um patamar de difícil sustentação e apesar disso, os resultados em saúde que se espera desses custos não são compatíveis."</i></p> <p><i>E22 - "Acho que é algo relacionado a sobrevivência do próprio sistema."</i></p> <p><i>E18 - "Porque esse modelo a gente sabe que está fadado a falência do sistema, ainda mais com pessoas tendo menos e menos capacidade de pagar um seguro de saúde, a gente sabe que se for mantido esse modelo de remuneração entre operadoras e hospital, seja se for verticalizada ou não a tendência seja que isso não se sustente por mais tempo."</i></p> <p><i>E27 - "Insustentável"</i></p> <p><i>E5 - "Acho que as duas partes estão se encontrando com uma realidade, que é a realidade da insolvência financeira das operadoras de plano de saúde, que praticavam ou que continuam praticando esse mesmo modelo."</i></p> <p><i>E16 - "Mas, basicamente o estudo do modelo de remuneração médica, hospitalar ou de diagnóstico, tem uma tendência de mudança, porque identificou-se que dessa forma vai ficar impagável o sistema de saúde do Brasil."</i></p>	
Prejuízo	Perda financeira	<p><i>E6 - "É um modelo errado, é sufocante para o mercado, então todos os executivos buscam outra alternativa, esse modelo foi muito mal visto pelo mercado. A estratégia é fazer algo diferente, acaba se observando uma grande perda financeira."</i></p>	1
Onerosidade	Acaba onerando Oneroso É caro Encarece todo o sistema Custo	<p><i>E2 - "Então você acaba onerando muito esse sistema sem olhar para o resultado do paciente, então ao mesmo tempo que a gente tem uma questão financeira, tem uso infinito."</i></p> <p><i>E16 - "O fee-for-service, ele se demonstrou oneroso para o sistema de saúde, seja ele público ou seja ele suplementar."</i></p> <p><i>E17 - "Então chega um momento de rediscutir o modelo, porque esse modelo é caro e não necessariamente é efetivo."</i></p> <p><i>E24 - "Porque o custo na saúde está extremamente elevado, então a preocupação está sendo baixar custo e também qualidade em detrimento a alto custo e alta qualidade."</i></p> <p><i>E21 - "Então, ele encarece todo o sistema e fica surgindo problemas com glosas, devido o não entendimento do que foi cobrado, da forma que foi cobrada, então mesmo com auditoria em loco."</i></p>	5

Desperdício	Utilização desnecessária	Privilegia o desperdício Privilegia o desperdício Desperdício Premia o desperdício Desperdício e o custo Estimula a utilização Não elimina o que já tinha anteriormente	<p><i>E1 - "Porque o modelo atual privilegia o desperdício, então o modelo atual é assim: quanto mais o hospital é ineficiente mais ele ganha. [...] O fee-for-value privilegia o desperdício, então o paciente que fica 3 dias na UTI se o hospital der um jeitinho dele ficar 4, o hospital ganha mais, mais medicamento, mais tudo.[...] Mas, falando especificamente da saúde privada, a questão é exatamente essa, o desperdício."</i></p> <p><i>E10 - "O fee-for-service, ele é por definição um modelo de pagamento que premia a ineficiência, ou então o desperdício melhor dizendo."</i></p> <p><i>E15 "Então, o desperdício e o custo, com 'viés' de procedimento não adequados, os orçamentos que não fecham, a sinistralidade alta, então isso tudo é a grande reflexão."</i></p> <p><i>E30 - "Esse modelo estimula a utilização de material e medicamento, mesmo sem uma pertinência adequada."</i></p> <p><i>E8 - "[...] o modelo fee-for-service não acompanhou essa mudança, ou seja, nós fomos absorvendo tecnologia, e isso é uma coisa que eu gostaria de ressaltar, a tecnologia no modelo fee-for-service para nós não reduz custo, ela não elimina o que já tinha anteriormente [...]"</i></p>	7
	Centrado na quantidade	Eu ganho mais se eu uso mais A gente ganha mais se a gente fizer mais Faz mais coisas para ganhar mais Quanto mais usar melhor Quanto mais eu trabalho mais eu recebo Baseado em produção Estimula produção Estimula que a cadeia venda mais insumos Gastarem cada vez mais Prestador ganha mais se cobrar mais	<p><i>E2 - "Então eu ganho mais se eu uso mais e não necessariamente isso está relacionado a desfechos, isso está relacionado a necessidade em saúde."</i></p> <p><i>E4 - "Então, isso transforma os fornecedores, que era o médico que está operando ou que era o prestador do hospital que tem os médicos, em potenciais fatores de risco para o paciente, invertendo o sistema, a gente ganha mais se a gente fizer mais."</i></p> <p><i>E10 - "Quando você premia a instituição ou profissional, que faz mais coisas para ganhar mais, você está necessariamente criando muitas vezes uma possibilidade dele trabalhar com excesso de materiais excesso de códigos para melhorar a remuneração."</i></p> <p><i>E13 - "Ele é um modelo que no final quando você coloca na ponta do lápis ele não privilegia a entrega de um resultado bom e eficiente, ele tendência para quanto mais usar melhor, isso tanto do ponto de vista do hospital, quanto do ponto de vista do profissional médico que está atuando."</i></p> <p><i>E15 - "Então, em regra geral define-se assim, quanto mais eu trabalho mais eu recebo [...]"</i></p> <p><i>E17 - "Esse é um modelo baseado em produção e não baseado em resultados, ele estimula produção, estimula que a cadeia venda mais insumos, que os profissionais produzam mais procedimentos, mas ele não está vinculado ao resultado em saúde que é entregue para os pacientes."</i></p> <p><i>E24 - "Então, acabou tendo uma distorção em o que é tudo que tinha um alto volume de consumíveis, alto volume de material e medicamentos eram as especialidades que todo mundo queria trabalhar, então distorceu que ele começou a precificar muito mal os serviços e começou a precificar muito bem os consumíveis, estimulando os hospitais a gastarem cada vez mais."</i></p> <p><i>E23 – "Isto provoca, no meu ponto de vista um desequilíbrio econômico entre os dois atores: o prestador de serviço e o comprador de serviço, o prestador ganha mais se cobrar mais em quantidade e isso não reflete a qualidade. Então, isso acaba influenciando os desfechos da assistência e dos serviços prestados, algumas instituições de forma equivocada cobram além do que usam e a gente sabe que os recursos são finitos e comprador de serviço, ele trabalha com um limite de recurso."</i></p>	10

Centrado na doença	Baseado em doença Não promover a saúde	<i>E22- " Então, todo o sistema está baseado em doença e não promover a saúde, acho que é o principal conceito que precisa ser mudado."</i>	2
O hospital como vendedor de insumos	Incentivos equivocado Cria aberrações como Brasintese Coloca índices altíssimos em cima do valor de compra Vendedor de material e medicamento Espera que haja o maior número de procedimentos Distorções na questão das tabelas Operadora está mais preocupada com o custo Virou uma farmácia Não ganha em hospitalidade Ganha na venda de materiais e medicamentos Não ganha pela qualidade	<i>E9 - "Então, hoje nós temos mais incentivos equivocados, seja para os profissionais médicos, seja para as próprias operadoras." E10 - "O Brasil é pródigo nisso, em criar modelos compensatórios para melhorar a remuneração da instituição, que é baixíssima em termos de taxa e honorário médio, você cria aberrações como Brasintese, onde você muitas vezes coloca índices altíssimos em cima do valor de compra do produto, para compensar a sua perda.[...] "Então, em um determinado momento a instituição vira um vendedor de material e medicamento em detrimento do fornecimento de um bom atendimento assistencial" E22 -" [...] então você tem alguém na ponta que faz tudo o que ele acha que deveria ser feito, mas sem se preocupar com o custo que isso vai trazer, você tem um prestador no meio que a instituição hospitalar espera que haja o maior número de procedimentos para que ele consiga sobreviver, e aí existe distorções na questão das tabelas, e você tem na outra ponta que é a operadora de saúde que também tem um "viés", porque ela está mais preocupada com o custo do que com a qualidade, e no outro extremo você tem o paciente que precisa de saúde. " <i>E12 - "[...] porque hoje o hospital virou uma farmácia né, a gente não ganha em hospitalidade a gente ganha na venda de materiais e medicamentos, e não ganha pela qualidade do serviço prestado, invertendo essa cadeia." E23 – "Isso trouxe ao longo dos anos um desequilíbrio do sistema e que acabou trazendo para instituições o foco na cobrança de materiais e medicamentos e não valorizando a cobrança ou mesmo o valor do serviço prestado."</i></i>	12
Não divide o risco	Deixa o risco inteiramente com a operadora O risco está todo do outro lado Transferir incompetência para preço Não divide risco Repasso para a operadora Repassando custo e custo para a operadora Transferir o risco Transferir o risco	<i>E8 - "[...] é um modelo que não dará certo e terá que ser modificado por algumas razões, esse modelo deixa o risco inteiramente com a operadora, e fez com que os hospitais se descuidasse enormemente da gestão dos seus serviços, se o risco está todo do outro lado e eu posso transferir incompetência para preço, eu não preciso me organizar, eu não preciso me estruturar, não preciso cuidar do meu negócio, porque sempre que eu tiver qualquer necessidade de reposição de valor eu repasso para a operadora que assume inteiramente o risco." E22 - " [...] ele não divide riscos [...]" E8 -" [...]o modelo foi repassando custo e custo para a operadora, que evidentemente não assume esse custo, porque todo o custo do sistema tem que ser repassado para quem compra, os valores de contratação de plano foram subindo a partir desta pressão,[...] "</i>	8

		<p>E20 - "[...] E o modelo de remuneração não é um modelo para gerar valor, mas é um modelo para gerar receita e para atrair novos volumes e isso é tanto para a indústria quanto para os hospitais, do lado das operadoras o que elas querem é transferir o risco, todo esse risco que elas tem do fee-for-service elas querem de preferência jogar para um capitation ou para diária global, e transferir tudo para o prestador e a gente sabe que isso não vai funcionar. [...] Então, acho que até o 'status quo', tem muita gente nessa cadeia se beneficiando desse modelo hoje, que é o fee-for-service, e elas vão esgotar ao máximo esse modelo e vai ter uma força ali das operadoras querendo puxar para o lado contrário, o que nós precisamos para fazer isso acontecer é compartilhar risco, se for só transferir risco isso não vai acontecer. "</p>	
Desconfiança	Sensação de abuso	<p>E4 - " Tem varias outras distorções que dependem desse cenário, que decorre uma serie de outras coisas, que seria a sensação de abuso, por parte das fontes pagadores e por sua vez elas tomam uma medida que atrapalham hospitais que estão fazendo as coisas certas, então é um modelo bastante atrapalhado."</p>	1