

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
ESCOLA DE NEGÓCIOS**

JOELMA APARECIDA FERREIRA GOMES

**MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR: UM ESTUDO EM UMA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

CURITIBA

2023

JOELMA APARECIDA FERREIRA GOMES

**MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR: UM ESTUDO EM UMA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas. Área de Concentração: Gestão Estratégica de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Cooperativas.

Orientador: Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer.

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9/1636

G633m 2023	Gomes, Joelma Aparecida Ferreira Modelo de remuneração baseado em valor : um estudo em uma cooperativa de trabalho médico / Joelma Aparecida Ferreira Gomes ; orientador: Alex Sandro Quadros Weymer. – 2023 82 f. : il. ; 30 cm Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023. Bibliografia: p. 61-65 1. Cooperativas - Administração. 2. Cooperativas médicas. 3. Saúde Suplementar. 4. Remuneração. 5. Indicadores de serviços. I. Weymer, Alex Sandro Quadros. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas. III. Título CDD. 20. ed. – 658.047
---------------	--

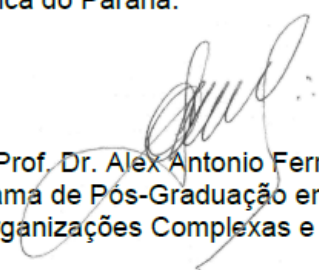
TERMO DE APROVAÇÃO

MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR: UM ESTUDO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

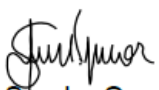
Por

Joelma Aparecida Ferreira Gomes

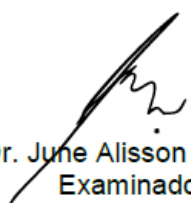
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas e Organizações Complexas e Plurais, área de concentração em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



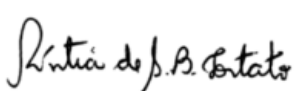
Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas e
Organizações Complexas e Plurais



Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer
Orientador



Prof. Dr. June Alisson Westarb Cruz
Examinador



Profa. Dra. Cíntia de Souza Batista Tortato
Examinadora

Agradecimentos

A minha filha e genro, Amanda e Gabriel pelo apoio, pela torcida e por todo amor.

Aos amigos que me incentivaram na jornada do Mestrado.

Ao meu orientador, professor Alex Weymer, pelo aceite em me orientar nessa desafiadora experiência do Mestrado, pela sua dedicação e paciência em todos os momentos.

A todos os professores do PPGCOOP, pelas aulas online e dedicação.

Aos colegas de Mestrado, pela força e incentivos online em toda a trajetória.

A PUCPR pela oportunidade dessa experiência e novas aprendizagens.

A equipe do Hospital Geral Unimed de Ponta Grossa. Em especial ao Dr. Rafael, Dra. Oaidia, Marcelo Silva e Mônica Traub pelo apoio e parceria no desenvolvimento do trabalho.

A diretoria da Unimed Paraná, que me proporcionou a oportunidade de realizar essa pesquisa.

Ao Dr. Luis Francisco Costa, que aprovou a evolução da pesquisa.

Ao Gerente econômico e financeiro da Unimed do Paraná, Maurício, pelo convite e pela confiança depositada em mim.

Ao Coordenador da Controladoria da Unimed Paraná, Álvaro, e a toda equipe: Helen, Luiz e Alexandre que me incentivaram no decorrer desse período.

Ao Dr. Furlan, que acreditou na proposta de pesquisa e com toda paciência, me guiou.

A Deus, pela minha saúde e por me permitir concluir essa entrega.

*“A educação qualquer que seja ela, é sempre uma
teoria do conhecimento posta em prática”.*

(Paulo Freire)

Resumo

Gomes, J, A, F. (2023). *Modelo de remuneração baseado em valor*: Um estudo em uma Cooperativa de trabalho médico. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba, PR, Brasil.

Objetivo: Este estudo tem por objetivo identificar os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em uma cooperativa de trabalho médico. **Breve**

Contexto: A pesquisa foi realizada na cooperativa de trabalho médico Unimed Ponta Grossa, a qual por meio da percepção dos membros envolvidos na implantação do modelo de remuneração, buscou identificar quais elementos essenciais foram encontrados no modelo implantado no Recurso próprio da Cooperativa. **Fundamentação Teórica:** Construída a partir da literatura pautada em conceitos de remuneração, *cases* onde o modelo foi implantado a nível internacional e demais conteúdos que se fizeram necessários com a evolução do trabalho.

Método: A estratégia de pesquisa é do tipo estudo de caso com característica predominantemente qualitativa. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016), a partir das narrativas dos entrevistados, os quais tiveram o objetivo de conduzir o projeto de implantação do modelo na Cooperativa. Além dos líderes, médicos cooperados da Cooperativa também fizeram parte da equipe entrevistada para o estudo. As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, e o número de respondentes foram definidos a partir da redundância e saturação durante o processo de análise de conteúdo.

Resultados: A partir da análise dos dados foi possível afirmar que os responsáveis pela implantação do projeto vêm apresentando êxito na aplicação do modelo de remuneração que contribuirá no aprimoramento das informações acerca dos processos no Recurso próprio. O trabalho desenvolvido foi de grande importância na construção de uma base de dados, a qual possibilitará a evolução para o conhecimento do valor agregado à melhor experiência do paciente. **Implicações Gerenciais:** Os resultados obtidos proporcionam às cooperativas do ramo de saúde informações relevantes acerca de como iniciar em um processo de implantação de modelo de remuneração, cujo propósito final é a aplicabilidade do modelo de remuneração baseado em valor. Adicionalmente fica como recomendação a continuidade dos trabalhos, visando a evolução para o modelo de remuneração baseado em valor, de fato.

Palavras-chave: Remuneração baseado em valor. Cooperativa médica. Indicadores. Desfecho.

Abstract

Gomes, J, A, F. (2023). *Modelo de remuneração baseado em valor*: Um estudo em uma Cooperativa de trabalho médico. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba, PR, Brasil.

Objective: This study aims to identify the essential elements for the implementation of a value-based remuneration model in a medical work cooperative. **Brief Context:** The research was carried out at the medical work cooperative Unimed Ponta Grossa, which, through the perception of the members involved in the implementation of the remuneration model, sought to identify which essential elements were found in the model implemented in the Cooperative's own Resource. **Theoretical Foundation:** Constructed from the literature based on remuneration concepts, cases where the model was implemented at an international level and other contents that became necessary with the evolution of the work. **Method:** The research strategy is a case study with a predominantly qualitative characteristic. Data were analyzed using content analysis (Bardin, 2016), based on the narratives of the interviewees, who had the objective of conducting the project to implement the model at the Cooperative. In addition to the leaders, cooperative members of the Cooperative were also part of the team interviewed for the study. The interviews were conducted using a semi-structured interview script, and the number of respondents were defined based on redundancy and saturation during the content analysis process. **Results:** Based on data analysis, it was possible to state that those responsible for implementing the project have been successful in applying the remuneration model that will contribute to improving information about processes in the Own Resource. The work carried out was of great importance in the construction of a database, which will enable the evolution towards knowledge of the added value to the best patient experience. **Managerial Implications:** The results obtained provide health care cooperatives with relevant information about how to start a process of implementing a remuneration model, whose final purpose is the applicability of the value-based remuneration model. Additionally, it is recommended to continue the work, aiming at the evolution to the value-based remuneration model, in fact.

Keywords: Value-based compensation. Medical cooperative. Indicators. outcome.

Lista de Figuras

Figura 1. Serviços próprios do Sistema Unimed.	18
Figura 2. Evolução mensal da quantidade de repasses.....	52
Figura 3. Taxa de bonificação	53
Figura 4. Resultado de pontuação no sumário de alta (quantitativo)	54

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados e informações das entrevistas	30
Tabela 2. Perfil dos entrevistados na pesquisa	32
Tabela 3. Guia rápido do cooperado e quadro de indicadores: dados secundários	33
Tabela 4. Demonstração de vidas das Unimeds do Paraná	35
Tabela 5. Quadro de análise – categorias de análise e elementos constituintes	40
Tabela 6. Quadro de análise – outros elementos constituintes das categorias de análise.....	46
Tabela 7. Categoria: experiência do paciente - número de citações.....	46
Tabela 8. Categoria: eficiência - número de citações	47
Tabela 9. Categoria: qualidade – número de citações	49

Sumário

1 Introdução	11
1.1 Apresentação do problema de pesquisa	13
1.2 Objetivos da pesquisa.....	13
1.2.1 Objetivos geral e específicos	13
1.3 Justificativa	14
1.4 Estrutura da dissertação	16
2 Quadro Teórico de Referência	18
2.1 Recursos próprios no sistema Unimed	18
2.1.1 Ambiente hospitalar.....	19
2.2 Modelos de remuneração utilizados em ambiente hospitalar	19
2.2.1 Fee for service.....	20
2.2.2 Captation	21
2.2.3 Pacote	22
2.2.4 Desempenho	22
2.2.5 Diagnosis related groupings (DRG).....	23
2.2.6 Pagamentos por valor	23
2.2.7 Modelos de remuneração utilizado em cooperativa médica de saúde	26
2.2.8 CASES de implementação do Value Based Healthcare (VBHC)	26
3 Procedimentos Metodológicos	28
3.1 Delineamento da pesquisa.....	28
3.2 Procedimentos aplicados na coleta de dados.....	29
3.2.1 Definição das categorias de análise	30
3.2.2 Dimensão temporal da pesquisa.....	31
3.2.3 Delimitação da pesquisa	31
3.2.4 Coleta e tratamento dos dados.....	32
3.2.5 Etapas da coleta de dados.....	33
3.2.6 Facilidades e dificuldades na coleta de dados	34
4 Análise dos Dados	35
4.1 Breve contexto de análise	35
4.1.1 Sistema Unimed Paranaense.....	35
4.1.2 Unimed Ponta Grossa.....	37
4.1.3 Projeto de modelo de remuneração no HGU (Hospital Geral Unimed)	38

4.2 Definição das categorias.....	40
4.2.1 Apresentação dos resultados – categoria de análise	40
4.2.2 Apresentação dos resultados – outros elementos constituintes nas categorias	45
4.2.3 Evidências práticas a partir dos relatos dos médicos	54
5 Implicações Gerenciais.....	57
5.1 Revisão dos indicadores de qualidade	57
5.2 Apoio da diretoria do Recurso próprio	58
5.3 Os médicos entenderem que é um processo que pode agregar.....	58
6 Conclusão	59
7 Considerações Finais e Recomendações	60
Referências	62
Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	67
Anexo A – Guia rápido para cooperados	68
Anexo B – Dashboard Unimed Ponta Grossa – Indicador Bonificação	77
Anexo C – Resolução SESA Número 926/2020	81

1 Introdução

No ambiente de competitividade, o tema valor em saúde tem sido muito discutido. Porter (1985, p. 3), conceitua valor, como “aquilo que os compradores estão dispostos a pagar pelo que a empresa lhe oferece, ou seja, cada indivíduo estabelece o valor do produto ou serviço adquirido em função do benefício agregado por este produto ou serviço”. Objetivando garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, o modelo de remuneração baseado em valor, o qual busca recompensar os prestadores que são capazes de entregar resultados que agregam valor, vêm ganhando destaque. Com isso, as cooperativas de trabalho médico também se desafiam, com o desejo de melhorar a qualidade de serviços oferecidos e consequentemente, proporcionar uma melhora na remuneração dos cooperados.

As cooperativas possuem considerável participação no desenvolvimento de várias regiões no país, contribuindo com um ramo de negócio que promove de forma eficiente, atividades aos cooperados junto ao mercado, gerando riqueza para eles e a comunidade. Para manter-se no mercado elas precisam, por meio de uma boa gestão, gerar resultados econômico-financeiros, com o objetivo de atender as expectativas dos seus cooperados.

Inserido no Cooperativismo, está o ramo da saúde médica, objeto de estudo deste trabalho. Acreditando na verticalização como uma forma de conectar o beneficiário ao cuidado, representado na essência da marca e gerando sustentabilidade do Sistema, adicionado ao serviço de comércio de planos, as operadoras Unimed's contam com uma vasta quantidade de Recursos próprios.

O equilíbrio entre receita e o custo assistencial, é fundamental para uma boa gestão da operadora. As receitas se dão por meio dos pagamentos de mensalidades que são realizados por seus beneficiários, os quais são atendidos pelas redes de prestadoras credenciadas ou pelos seus serviços próprios (Araújo & Silva, 2018), e os custos assistenciais são os valores gastos com a assistência à saúde podendo ser rotulados em: consultas, exames, procedimentos terapêuticos, materiais e medicamentos internações e procedimentos odontológicos (Zucchi, Nero & Malik, 2000).

Contudo, a preocupação principal está no aumento das despesas com a prestação de serviço assistencial médico que não estão atrelados à qualidade, mas que produzem impacto na sinistralidade das operadoras (relação entre as despesas e a receita), fato este, que reflete diretamente no equilíbrio financeiro do setor (Araújo & Silva, 2018; Porter & Teisberg, 2007).

Mesmo com várias nomenclaturas, o modelo de remuneração é a maneira pela qual o recurso financeiro é repassado ao prestador de serviços de saúde. Segundo Jegers (2002), os

prestadores de saúde podem ser tanto cuidadores individuais (especialistas, fisioterapeutas, dentistas, enfermeiras domiciliares, e outros) quanto provedores institucionais (hospitais, lares de idosos, agências de saúde domiciliar, dentre outros).

A tendência de aumento dos custos em saúde está bem documentada na literatura, tornando o tema modelo de remuneração, o centro das discussões em todo mundo. Modelos alternativos ao clássico *fee for service* (FFS) têm sido testados em diversos países, tanto no setor público quanto no setor privado, com diferentes experiências e resultados positivos já sendo observados (ANS, 2019).

A melhoria no desempenho e na prestação de contas resulta da existência de um objetivo que concilie os interesses e as atividades dos envolvidos. Na área da saúde, no entanto, há inúmeras metas, inclusive conflitantes em alguns momentos, tais como: acesso a serviços, lucratividade, alta qualidade, contenção de custos, segurança, conveniência, foco no paciente e satisfação (Porter, 2010).

De acordo com Abicalaffe (2018), está mais do que na hora de ser apresentado o resultado do que está sendo feito em relação a novos modelos de remuneração, saindo de conceitos teóricos, de difícil aplicação prática no Brasil, e partir para o teste de modelos, produzindo assim, resultados, mesmo que eles não sejam adequados num primeiro momento.

A *The Economist Intelligence Unit*, realizou uma pesquisa em 2016, onde demonstra que um ambiente favorável para a implantação do modelo baseado em valor abrange quatro domínios:

- a) **o estímulo de política e instituições de valor na saúde:** o apoio de estruturas institucionais e políticas são necessárias para as abordagens baseadas em valor, sendo fundamental também, a adesão das partes interessadas - provedores, pagadores e pacientes;
- b) **medição de resultados e custos:** considerado como fator crítico para a adoção do modelo. A medição permitirá a realização de análises de custo-benefício, além dos resultados dos pacientes;
- c) **cuidado integrado ao paciente:** ações integradas com o foco em resultados de saúde propiciam a geração de eficiência, possibilitam ainda, a redução de retrabalhos, o controle de custos e um melhor atendimento aos pacientes;
- d) **pagamento baseado em resultados:** identificação de mecanismos de pagamento, cujo intuito, seja a identificação ou incentivo à eficácia de tratamentos que agreguem

valor ou criem desincentivos para aqueles que não são rentáveis e não agregam valor ao paciente.

Baseado nesse contexto, a pesquisa tem como objetivo identificar quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em uma cooperativa médica. Subsequente, disponibilizar estas informações, tornando-as base para disseminação do modelo, facilitando a compreensão de como foi possível percorrer da teoria para a prática.

A Cooperativa utilizada como referência, foi a Unimed Ponta Grossa do estado do Paraná, que devido já ter iniciado o processo de implantação do modelo, serviu como base para o estudo.

A pesquisa conta com relatos médicos, onde os cooperados compartilham suas percepções, uma vez que, o projeto impacta diretamente na cultura existente no meio médico. Citam ainda, como passaram a obter resultados positivos por meio da centralidade no atendimento assistencial do paciente, resultando em uma prestação de serviço com mais qualidade e consequentemente, uma remuneração variável adicional. E por fim, o estudo conta ainda com relatos adicionais dos atores primordiais na execução do projeto, desde o início até a implementação do modelo de remuneração.

A partir desses diferentes desafios a reflexão, a presente dissertação está estruturada em sete seções, conforme abaixo relacionado.

1.1 Apresentação do problema de pesquisa

A partir das considerações precedentes, pretende-se analisar neste estudo o seguinte problema:

Quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica?

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivos geral e específicos

Objetivo geral:

Identificar quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica.

Objetivos específicos:

1. conhecer as percepções da gestão assistencial e dos membros que conduziram o projeto, quanto aos elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica;
2. analisar quais foram os impactos no comportamento de médicos cooperados após a implantação do modelo de remuneração;
3. identificar quais foram os resultados obtidos que comprovam a melhoria dos processos com a implantação do modelo;
4. verificar a relação entre os elementos encontrados no estudo com a literatura acerca do modelo.

1.3 Justificativa

Para a definição do tema desta dissertação, foi levado em consideração a evolução dos custos assistenciais das operadoras Unimed do estado do Paraná, bem como a quantidade de beneficiários que elas apresentaram no ano de 2021.

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2021), as operadoras de planos de saúde apresentaram um total de 48.900.708 beneficiários a nível nacional, sendo que 17.892.267 beneficiários estão sob a gestão de cooperativas médicas. Deste número, 1.593.734 totalizam os beneficiários das Unimed do estado do Paraná, de acordo com o Relatório Anual da Unimed do Paraná (2022).

Ainda, de acordo com a Unimed do Paraná (2022), esse quantitativo de vidas, resultou em um total de custo direto de R\$ 6.631.935.785, 24,2% (1,2 bilhão) a mais, comparado ao ano anterior.

Dentre os componentes de custos assistenciais, encontramos as remunerações dos cooperados, ou seja, o custo da mão de obra necessária para a prestação do serviço médico ao beneficiário da operadora. Quando analisado o percentual de participação desse componente no Relatório anual da Unimed do Paraná (2022), identificamos que 23,86% do custo direto total é referente a mão de obra do profissional médico cooperado, 11,5% a mais comparado ao ano anterior.

É sabido que a prestação de serviço médico é fundamental no atendimento do beneficiário, o qual, ao estar em um ambiente hospital é chamado de paciente.

Com o desejo de evoluir para a obtenção de um resultado mais assertivo no que se refere ao desfecho clínico do paciente, a Cooperativa médica Unimed Ponta Grossa implantou uma modalidade de remuneração que possibilitasse atender todas as premissas que a priori seriam necessárias para o início da concretização da remuneração por valor. Fato este, que despertou o interesse na realização desse trabalho.

Abicalaffe (2018), cita que o mais importante é a definição do que deve ser medido. É a partir daqui que as fraquezas aparecem e o estímulo para mudanças de sistemas e processos acontecem.

O mesmo autor complementa ainda que é a partir das tentativas de medição que as mudanças ocorrem. Aqui entra aquela frase que todo mundo já ouviu alguma vez: para melhorar algo temos que gerenciar, e para gerenciar temos que medir! (Abicalaffe 2018).

Devido ao contexto apresentado, a grande relevância dessa pesquisa está em contribuir, compartilhando como uma cooperativa de saúde médica no Paraná, vêm desenvolvendo um novo modelo de remuneração para os médicos cooperados - prestadores de serviço de saúde, onde o foco está basicamente voltado para três dimensões: experiência do paciente, eficiência e, qualidade na prestação do serviço. O objetivo é a garantia de uma assistência mais eficaz, segura e transparente, tanto para pacientes quanto para os médicos-cooperados.

Com o alcance dessas dimensões, o cooperado terá condições de apresentar um desfecho clínico do paciente com mais qualidade, contribuindo com a diminuição dos custos da cooperativa. Adicionalmente, contribuirá na construção de uma base de dados que possibilitará análises mais precisas, evoluindo assim, para a demonstração assertiva do valor inserido na saúde do paciente. E por fim, por meio de uma remuneração variável adicional, fortaleceria a prática juntos aos médicos.

Abicalaffe (2018), comenta que, devido ainda estarmos longe de conseguir medir desfecho que realmente importam aos pacientes, é necessário começar a medir qualidade de uma forma geral. A qualidade é um conceito multidimensional onde indicadores de estrutura, processo e resultados devem ser considerados.

Desta forma, a presente pesquisa busca trazer o estudo demonstrando possibilidades de ganhos no âmbito hospitalar, quando se opta em implantar um modelo de remuneração que não foca na quantidade, mas sim na qualidade do serviço prestado. A relação da temática abordada referente ao modelo de remuneração em valor, possui grande relevância para o meio organizacional. Os estudos sobre a temática vêm ganhando espaço de discussão nos últimos

anos e a literatura direcionada em como evoluir da teoria para a prática, revela carência quando consultada. Este estudo, pretende contribuir com a possibilidade de aprofundamento do tema, de forma a responder questões que podem ser desconhecidas, devido esse modelo ainda ser embrionário quando se analisa a prática.

A alteração do tipo de modelo de remuneração pago pela prestação de serviço médico, pode ser uma alternativa para as Cooperativas médicas que visam o controle da sinistralidade da operadora, bem como, o cuidado demonstrado em valor, para o paciente. Porém, para que o resultado final seja positivo, se faz necessário, o envolvimento de todos os agentes inseridos no processo. Neste estudo de caso, os gestores foram os envolvidos diretos na implantação do modelo, porém vale lembrar que os cooperados são os atores principais no processo. Cada interlocutor envolvido, precisou estar apto e alinhado para discutir indicadores, ferramentas e conduzir as explicações quantas vezes fossem necessárias aos cooperados, pois além da alteração no modelo de remuneração, o projeto refletiu impacto direto na cultura daquele local.

Assim sendo, conhecer quais foram os primeiros passos, na busca dessa eficiência adicional na prestação de serviço médico, possibilitará a nossas cooperativas, a oportunidade de se obter novos aprendizados ou aperfeiçoar aquilo que pode já existir em algum local.

Com este estudo espera-se contribuir com a disseminação dos ganhos que se pode obter com a implantação de um modelo de remuneração que está voltado para o valor agregado ao paciente, além das recomendações realizadas a partir desse trabalho.

1.4 Estrutura da dissertação

A presente dissertação está estruturada da seguinte maneira:

Na primeira seção foi apresentada a introdução, com uma breve contextualização sobre a temática proposta. Na sequência, foram apresentados o problema de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, as justificativas teórica e prática, bem como a estrutura do trabalho.

Na segunda seção são apresentados os elementos conceituais da pesquisa, que sustentam a demarcação teórica do trabalho. Inicialmente é apresentado um breve contexto sobre o que vem a ser os Recursos próprios no sistema Unimed, o conceito de ambiente hospitalar, e por fim os tipos de modelos de remuneração possíveis de utilização em um ambiente de saúde médico. Devido o estudo estar voltado para um modelo de remuneração em específico, foi dado maior enfoque a este tópico: Modelo de remuneração baseado em valor.

A terceira seção destaca os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa especificando e detalhando o problema de pesquisa, perguntas norteadoras, definição teórica e

operacional das categorias de análise. Traz ainda o delineamento da pesquisa, apresentando o diagnóstico do processo de implantação do modelo de remuneração e como se deu a entrevista, o procedimento aplicado na coleta dos dados e a definição das categorias. Adicionalmente encontramos na sequência as dimensões temporal e delimitação da pesquisa, perfil dos respondentes, coleta e tratamento dos dados, etapas da coleta e as facilidades e dificuldades na coleta de dados.

A análise dos dados teórico-empírica do objeto estudado é explorada na quarta seção.

Apresenta-se ainda nessa seção, o breve contexto da análise onde se compartilha sobre o sistema Unimed Paranaense, Unimed Ponta Grossa, Projeto de modelo de remuneração no HGU (Hospital Geral Unimed) e definição das categorias.

Na quinta seção constam as implicações gerenciais da pesquisa e apresenta o elo entre o estudo e a organização.

Na sexta seção são apresentadas as considerações finais e recomendações de novos temas para continuidade da pesquisa.

A dissertação encerra-se com a apresentação das referências utilizadas, apêndices e anexos.

2 Quadro Teórico de Referência

Devido ao fato da escolha em falar sobre os conceitos de remuneração dentro do contexto de uma cooperativa de trabalho médico, é apresentada na sequência, uma breve contextualização baseada na estrutura dos recursos próprios do sistema Unimed.

2.1 Recursos próprios no sistema Unimed

De acordo com a Unimed do Brasil, por meio do Catálogo de Serviços próprios, 2022, a Rede própria pode ser definida como: Todo e qualquer recurso de propriedade da operadora ou de sociedade controlada pela operadora, ou, ainda, de sociedade controladora da operadora, necessários para o atendimento de seus usuários (RN N° 275/2011) e serviços próprios, o qual apresenta como definição, o conjunto organizado de recursos materiais, direitos e obrigações, geridos e direcionados por uma cooperativa, com o objetivo de prestar serviço assistencial aos beneficiários do sistema Unimed.

Os serviços existentes nos recursos próprios do Sistema Unimed, estão demonstrados na Figura 1 para melhor compreensão quanto aos serviços oferecidos.



Figura 1. Serviços próprios do Sistema Unimed.

Fonte: Catálogo de recursos próprios Unimed do Brasil.

Dentre os serviços próprios, existe a estrutura hospitalar, o qual foi o ambiente de análise na realização deste trabalho.

2.1.1 Ambiente hospitalar

O Hospital possui a finalidade de realizar a prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de urgência/emergência. Se faz necessário, dispor ainda de Serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT)¹ de média complexidade. Possui ainda, em sua estrutura, as Unidades de Terapia Intensivas (UTI), bem como as Unidades de Internações (UIs) (Catálogo de serviços próprios, 2022).

À medida que o Hospital evolui na qualidade de seus serviços, ele passa a participar de processos que objetivam comprovar a sua eficiência no serviço prestado, uma dessas possibilidades se dá por meio da conquista da acreditação hospitalar.

Acreditação na área da saúde é sinônimo de segurança para o paciente. Utilizada mundialmente, a metodologia certifica a qualidade no atendimento e gestão de instituições de saúde. A adesão ao processo de acreditação é voluntária, já que a ONA não tem caráter de fiscalização e não é prescritiva (Unimed Ponta Grossa, s.d.).

A partir desse contexto, na sequência será apresentado alguns modelos de remunerações, os quais são passíveis de aplicação em um ambiente hospitalar.

2.2 Modelos de remuneração utilizados em ambiente hospitalar

Quin (2015) conceitua alguns métodos básicos de pagamento que podem ser aplicáveis a todos os tipos de cuidado em saúde, onde individualmente o método é representado por uma unidade de pagamento que pode ser: período, beneficiário, destinatário, episódio, dia, serviço, dólar de custo ou dólar de encargos). Normalmente acontecem combinações entre esses métodos para equilibrar riscos entre pagadores e prestadores.

Na literatura internacional o termo modelo de remuneração é encontrado sob a denominação de “modos de pagamento” ou “formas de remuneração de serviços médico-assistenciais” (Ugá & Lima, 2013).

Ao se evoluir de um modelo de remuneração para outro, essas combinações são adotadas, com o propósito de minimizar o impacto financeiro aos médicos ou prestadores de serviços.

Na sequência, com base na literatura, são apresentados os tipos de modelos de pagamento utilizados entre prestadores e pagadores.

2.2.1 *Fee for service*

Também conhecido como modelo de conta aberta, o *Fee For Service* predomina como forma de remuneração aos prestadores de serviços, principalmente para os profissionais de saúde, além de ser muito utilizado no setor privado brasileiro (ANS, 2019).

Para Jegers, (2002), o modelo de remuneração por serviço, tem o objetivo de garantir uma preocupação plena do médico com o paciente, concedendo-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, já que o pagamento será realizado após a prestação do serviço.

Andreazzi (2003) compartilha que o honorário nesse modelo foi estabelecido pelo profissional de saúde e duas possíveis tendências de atuação do profissional podem explicar suas variações. Uma como empresário, que conduz a investigação para o campo da competição, onde ele é o meio de orientação. Outra como integrante de corporações profissionais de autorregulação, que a encaminha para o campo do estabelecimento de pisos ou tabelas mínimas de serviços profissionais, podendo ser tanto para obtenção de posições de força diante dos pagadores dos serviços, como para contestar uma competição autodestrutiva.

O modelo de pagamento predominante nos hospitais privados no Brasil consiste ainda nesta remuneração por serviço (*Fee For Service*), ou seja, os hospitais são pagos pelo número de procedimentos que efetuam (Bessa, 2011).

Morais (2014), externa um breve exemplo de como se dá uma cobrança via modelo *fee for service*. Nesse modelo, o paciente é atendido no pronto socorro, o médico pede um raio-x, aplica medicamentos, interna o paciente, receita antibióticos e outros exames, e no final envia a conta para convênio ou para o governo no sistema “conta aberta”.

Miller (2017) defende que devido o FFS (*fee for service*), estar centrado no prestador de serviço e não em prover desfechos adequados para os pacientes associados ao melhor custo para prestadores e pagadores, ele não é o modelo mais adequado de remuneração.

Ainda de acordo com o autor, existem 4 problemas vinculados ao FFS: o pagamento não assegura que o fator qualidade, façam reflexo aos serviços prestados, ou ainda, que apresentem resultados centrados no paciente; os valores dos pagamentos recebidos costumam ser menores do que o custo de uma prestação de serviço de alta qualidade; serviços que agregam valor ao paciente podem não serem remunerados e o valor total dos cuidados não são mensurados, tampouco comparados.

A ANS (2019), cita que o *fee for service*, é o modelo preeminente nos ambientes hospitalares, porém, devido ao seu reflexo em beneficiar quantidade, deixando a qualidade da

prestação do serviço sem foco, modelos alternativos vêm sendo testados e discutido a nível mundial, tanto setor público quanto no setor privado, com diferentes experiências e resultados positivos já sendo observados. Para Bosko, Dubow e Koenig (2016), com o modelo *FFS* (*fee for service*) os riscos acabam sendo absorvidos pelas fontes pagadoras.

Porter e Lee (2013), citam que o modelo de pagamento *Fee For Service* pode induzir vícios à dinâmica do setor, enquanto a implantação de práticas baseadas em valor associadas à mudança do modelo de remuneração para o pagamento por valor (*fee-for-value*), possui o foco no desfecho de todo o atendimento, devendo este ser um ponto central no processo de reforma da saúde.

Taxas de mortalidade, infecção e reputação são os indicadores atualmente utilizados para classificar os hospitais, porém somente essas informações não podem traduzir a imagem final. O mais importante é o desfecho clínico do paciente. Hospitais que apresentarem resultados superiores atrairão pacientes, ganharão respeito e se tornarão líderes entre seus pares. Em paralelo, hospitais menos bem-sucedidos terão condições de melhorar sua performance após conhecer os melhores resultados (Ichom¹, 2022).

2.2.2 *Captation*

É um método de remuneração que prioriza maior atenção à saúde da população, por meio da divisão de risco com os profissionais e serviços de saúde.

O médico deve administrar a utilização dos serviços observando se há possibilidade de eliminar desperdícios como exames e procedimentos desnecessários, além de incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde com o intuito de minimizar a utilização dos recursos e permitir a continuidade da atenção (Jegers, 2002).

No modelo de pagamento por *captation*, frequentemente verificam-se a subutilização de cuidados necessários (consultas de rotina, retornos, exames, internações, etc.) e a seleção adversa de risco, pois se buscam os pacientes que tendem a apresentar um menor custo, em detrimento daqueles de maior custo. Evita-se encaminhar para especialistas, visando a maximização de ganhos (Robinson, 2001).

Balzan (2000), complementa que o médico opta por utilizar os recursos mais baratos possíveis, e nem sempre proporciona todo o cuidado necessário.

¹ International Consortium for Health Outcomes Measurement.

Para Ransom (1999) contratos no formato de capitação demandam que as organizações de saúde realizem negociações com padrões sofisticados e arriscados, onde contenham informações exatas sobre os pacientes e a dimensão da população, sob risco de perda financeira. Consequentemente, o desenvolvimento de mecanismos avançados para conhecer o custo do paciente é essencial.

Quinn (2015) afirma que se o prestador arca com muitos riscos financeiros, ele acaba ajustando os pagamentos para uma combinação de casos, resultando em um pagamento mais alto para os pacientes.

2.2.3 Pacote

Serviços, diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos podem ser utilizados para a composição de um pacote com preço fixo, o qual geralmente é utilizado para contratar prestadores hospitalares em determinados tipos de procedimentos. A crítica existente é de que o modelo foca fundamentalmente na redução de custos e não no desfecho do tratamento do paciente. Atualmente, é comum a pressão das fontes pagadoras sob os hospitais por custos mais baixos, com o risco de descredenciá-los, sendo que os pacotes são uma maneira de viabilizar o sistema por meio de custos mais baixos, com previsibilidade e compartilhamento de riscos (Okazaki, 2006)

Nesse tipo de remuneração acontece o pagamento por caso ou por grupo de caso tratado. Assim, conforme a estrutura do honorário determinado pelo profissional ou negociado em tabelas, propiciaria mais criteriosidade a utilização dos recursos inseridos no pacote de tratamento, apresentado em termos médios. Os possíveis problemas ocorreriam devido a seleção de casos com custos superiores a essa média, isto é, com riscos ou condições associadas que aumentam a utilização de recursos (Andreazzi, 2003).

Para Holstein (2018), o maior problema do modelo é de que ele está concentrado apenas na integração de recursos, visando redução de custos, e não, dando o enfoque devido á melhoria ao valor final do cliente.

2.2.4 Desempenho

De acordo com Mendes (2019) esse modelo surgiu como o propósito de incentivar os prestadores a aumentarem sua eficiência, entregando melhores desfechos, mas sem a ruptura integral do pagamento por procedimentos. Esse modelo, que permite que envolvidos sutilmente

migrem de um formato de remuneração baseado em volume para outra que enfatize a geração de valor para as pessoas.

Mayes (2011), compartilha que esse modelo, é uma possibilidade de substituição, uma vez que a mudança para o pagamento baseado em valor exige tempo e refinamento dos modelos já existentes para que possa por fim, construir os modelos baseados em valor.

Miller (2017) defende ainda que a associação de bônus a prestação de serviço, não assegura que os cuidados serão adequados e que os pagamentos serão suficientes para cobrir o custo da prestação do cuidado devido.

2.2.5 *Diagnosis related groupings (DRG)*

Suleiman (2019), conceitua o grupo de diagnósticos relacionados – (DRG) como agrupamento de pacientes cujo diagnósticos e tratamentos são equivalentes e que ainda demandam níveis diferentes de recursos.

O mesmo autor complementa ainda que, as DRGs podem existir até quatro níveis; A, B, C e D, onde A indica o mais alto nível de utilização dos recursos. Elas são divididas com base na intensidade de consumo de recursos, e quando ocorrem, erros, se dão devido à atribuição indevida destes níveis (Suleiman, 2019).

Esse modelo foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos Estados Unidos, sendo aplicado aos pacientes internados com alguma condição aguda. Os pesquisadores de Yale iniciaram o trabalho na classificação do DRG, por volta da década de 60. Depois de algumas revisões, em 1983, a classificação DRG foi adotada pelo seguro americano, como base para um novo sistema de pagamento aos hospitais contratados (Noronha et al., 1991).

2.2.6 *Pagamentos por valor*

O *fee for value* visa estimular a cooperação entre os envolvidos com pagamentos baseados em resultados para os pacientes (Moraes, 2014).

A implementação e remuneração por valor não é uma tarefa simples, porém, medir os resultados e os custos em uma condição médica selecionada pode ser a primeira etapa para o início desse processo (Katz, Franken & Makdisse, 2017).

A segunda etapa está focada no modelo de pagamento. Só será possível combater os problemas de saúde no tempo, lugar, custo e com a qualidade certa, quando houver alinhamento entre os objetivos dos sistemas de atenção à saúde e o sistema de pagamento, com os incentivos

econômicos. Num cenário onde o sistema de pagamento está direcionado para a remuneração dos serviços por procedimento, não seria possível obter êxito apenas discursando sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde (Mendes, 2019).

A ANS (2019) defende que o modelo de remuneração baseado em valor deve ser sinérgico com a busca de qualidade em saúde em todas suas dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

Porter e Kaplan (2015) defendem que, ao contrário 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. Assim sendo, espera-se que haja por parte dos pagadores admissão referente a carga relacionada às doenças da população coberta pelo plano e os prestadores se responsabilizem pelos riscos relacionados à assistência e tratamento do paciente.

O setor de saúde deve priorizar modelos remuneratórios baseados em valor em saúde que garantam a qualidade dos serviços prestados não se baseando exclusivamente na redução dos custos, elaborados na perspectiva do crescimento da qualidade do cuidado em saúde, centrados no paciente, observando o monitoramento e avaliação dos resultados e intensa coordenação do cuidado. Ademais, que sejam priorizados, os modelos de remuneração que colaborem para a sustentabilidade e qualidade da atenção à saúde suplementar no Brasil (ANS, 2019).

O pagador deve ir além da responsabilidade do reembolso dos cuidados e mudança do modelo, precisa agir como incentivador da integração e coordenação do cuidado além da prevenção e promoção da saúde (AGRWAL et al., 2016).

Mendes (2019), cita que quando o objetivo é a busca pela melhoria da qualidade na entrega dos serviços, a definição do que se deve medir, deve ser a centralidade nesse modelo.

Para Pedroso e Malik (2012) o valor passa a existir quando é adicionado valor econômico aos recursos, processos, produtos e serviços. Esses, por sua vez, são utilizados para gerar melhoria na vida dos indivíduos ou também da sociedade como um todo.

Porter e Teisberg (2006), defendem que o valor em saúde pode ser medido a partir da divisão dos desfechos por custos, onde os desfechos podem ser: qualidade de vida, sobrevida, capacidade funcional, ou seja, experiência do paciente etc., e os custos, são os gastos incorridos na prestação do serviço.

Fórmula:

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

Os resultados (desfechos) é o numerador da equação de valor. Eles são inerentemente específicos da condição e multidimensionais. No que se refere a condição médica, nenhum resultado único captura os resultados do cuidado. O custo, denominador da equação, refere-se aos custos totais do ciclo completo de atendimento à condição médica do paciente, não ao custo dos serviços individuais (Porter, 2010). O autor ainda complementa que, o valor para o paciente é criado pelos esforços combinados dos provedores ao longo de todo o ciclo de atendimento.

Kaplan e Porter (2011), citam que tanto o numerador quanto o denominador da equação de valor devem ser acompanhados e mensurados por meio da linha de cuidado de cada doença ou condição de saúde para cada um, individualmente, ou para uma população particular de pacientes, gerando assim informação diferenciada para cada etapa do processo de cuidado e, consequentemente possa auxiliar na tomada de decisão dos gestores em saúde.

Para Ferreira e Benicio (2015), desfechos (também conhecidos como eventos) podem ser classificados como variáveis que são monitoradas durante um estudo, com o propósito de documentar o impacto que uma determinada intervenção, ou exposição, tem na saúde de uma população. Alguns exemplos de desfechos podem ser: cura, piora clínica e mortalidade.

Abicalaffe (2018), cita que após revisar o modelo da avaliação de desempenho, onde partiram da avaliação de Performance para avaliação de Valor, percebeu que a diferença consiste na importância que se é dada para os custos quando se fazem as análises. O autor complementa ainda que no modelo de remuneração por Performance, o custo faz parte da dimensão Eficiência. Já no conceito de Valor trazido por Porter, o custo passa ser o denominador da Fórmula, deixando no numerador a qualidade, principalmente medidas pelos desfechos que realmente importam ao paciente.

Um projeto de pesquisa que foi realizado em parceria entre o *Institute Picker*, pacientes e famílias, constatou oito características do cuidado, os mais importantes indicadores de qualidade e segurança, na visão dos pacientes: respeito aos seus valores; preferências e necessidades expressas por estes; cuidado coordenado e integrado; informação clara e de alta qualidade para educação para os pacientes e família; conforto físico, incluindo o manejo da dor; suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento dos membros da família e

amigos; continuidade do cuidado por meio do ciclo e dos diferentes locais de cuidado e seu acesso (Wolf et al., 2014).

2.2.7 Modelos de remuneração utilizado em cooperativa médica de saúde

Buck (2018) cita que o resultado de uma pesquisa aplicada comprova que o modelo de remuneração predominante nas cooperativas médicas é o *Fee For Service* (pagamento por produção), em que 71,42% das respondentes pagam exclusivamente por esse modelo e 28,58% efetuam o pagamento por outras formas de remuneração. Logo percebe-se que de fato o modelo de remuneração preponderante em cooperativas médicas de saúde ainda é o *Fee For Service*.

Com isso, observa-se que devido a dificuldade em se implantar um modelo em que para se ter êxito se faz necessário haver um intenso controle, acaba-se mantendo um modelo em que não exige tanto para ser utilizado.

2.2.8 CASES de implementação do Value Based Healthcare (VBHC)

Kaplan et al. (2015), compartilha que a criação de um escritório de gerenciamento de valor tende a contribuir com o aumento dos resultados bem como com o controle de custos em toda a empresa. Essa criação, poderia ser assimilado, apenas como aumento de burocracia e sobrecarga podendo inclusive, ir em descontração com a tentativa de minimizar os gastos, porém o processo de evoluir para a prestação de cuidados baseados em valor, exige recursos que atualmente as organizações de provedores não possuem.

O autor cita que duas instituições foram pioneiras na implementação do VBHC (*Value-Based Healthcare (Cuidados à Saúde Baseados em Valor)*). O *MD Anderson Cancer Center*, da Universidade do Texas, em Houston, e o *Hospital for Special Surgery (HSS)*, em Nova York.

O *MD Anderson Cancer Center*, criou o escritório de gerenciamento de valor, o *Institute for Cancer Care Innovation (ICCI)* em 2008. O escritório age como um centro de excelência na medição dos resultados que mais importam para os pacientes, que são significativos para os médicos e oportunos para contratos de reembolso baseados em valor.

O Hospital de Cirurgia Especial (HSS) criou o *Value Management Office* em 2014 para institucionalizar a melhoria contínua de valor e fornecer maior coordenação e foco de recursos para sua agenda de valor. O projeto contava com três principais focos:

Melhorar a coleção de medidas de resultados, integrar dados de qualidade na prestação de cuidados e Expandir da excelência do processo para o gerenciamento da população.

The Economist (2019), compartilhou o resultado do estudo de caso – *OrthoChoice* o qual foi realizado na Suécia, tendo sua aplicação nos principais hospitais e três centros ortopédicos especializados privados no Condado de Estocolmo em 2009. O estudo contemplou as cirurgias de substituição do joelho e do quadril.

Nas normas do programa, aproximadamente 3,2% do valor do pagamento agrupado² é retido e repassado retroativamente somente se o provedor cumprir as metas de resultado previamente acordadas. Complicações e revisões caíram aproximadamente em 20% em 2011, quando comparado a tipos de reembolsos tradicionais, e o custo total do condado por paciente também diminuiu.

Em 2013, o modelo *OrthoChoice* foi estendido para cirurgia da coluna vertebral, com um pagamento baseado em resultados maior que 10%.

Adicionalmente, é compartilhado também a aderência do modelo por outras regiões da Suécia, as quais também passaram a fazer uso de acordos semelhantes para pagamentos agrupados, incorporando um componente de valor para procedimentos discretos, como substituições de quadril e joelho e cirurgia bariátrica. A realização e medição quanto a satisfação dos pacientes, após os procedimentos cirúrgicos e durante alguns meses ou um ano, foram utilizados como referência para elaboração dos acordos. Para a cirurgia da coluna, as medidas focaram na redução da dor, pois esse é o principal motivo do ato cirúrgico.

De acordo com *Jörgen Nordenström*, professor emérito de cirurgia e consultor *freelance* em projetos de melhoria da qualidade da saúde em *VBMCare.com*, existia certa expectativa na mudança do reembolso baseado na produção para um modelo voltado aos resultados e valores do paciente, porém em uma última análise, o programa foi considerado bem-sucedido, trazendo como resultado, as quedas nas taxas de complicações e os custos, externa o professor.

² Onde os provedores de saúde são pagos por um episódio completo de atendimento com duração de um ano ou mais, dando ao provedor total responsabilidade pelo ciclo de atendimento, incluindo complicações.

3 Procedimentos Metodológicos

A estratégia de pesquisa é do tipo estudo de caso, no qual o fenômeno estudado é a remuneração baseada em valor em cooperativa médica. A técnica de análise de dados foi elaborada a partir de dados qualitativos utilizando a técnica de análise de conteúdo, a qual permitiu a compreensão dos dados. O percurso metodológico detalhado apresenta-se na sequência.

3.1 Delineamento da pesquisa

Esse trabalho é classificado como estudo de caso, onde a proposta de investigação está voltada para uma situação real, sendo necessário o envolvimento de participantes. Nesse caso, são investigados os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor pautado na experiência de alguns líderes de uma cooperativa de saúde, os quais foram responsáveis por conduzir o projeto.

Yin (2010), conceitua que o formato de pesquisa denominada estudo de caso, apresenta direcionamentos definidos por uma base teórica já existente, onde há possibilidade de confirmar, desafiar ou ampliar a teoria, permitindo sua utilização para determinar se as proposições teóricas do tema pesquisado procedem.

Para Stake (1995), estudos de caso pode ser definido com uma estratégia de investigação onde o pesquisador investiga um programa, um evento, uma atividade, um processo, um ou mais indivíduos. De acordo com Creswell (2010), a pesquisa qualitativa é uma forma de explorar e entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano.

A técnica de análise dos dados escolhida para realização deste estudo foi a análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2002), retrata um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, ou seja, constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos.

A coleta de dados dessa pesquisa ocorreu em dois momentos, porém, complementares:

Diagnóstico do processo de implantação do modelo: para a construção do roteiro de entrevista semiestruturada, foram realizadas reuniões prévias com os responsáveis pela implantação do modelo na Unimed Ponta Grossa, a qual foi utilizada como referência principal para a elaboração do estudo. O intuito era verificar a maturidade do processo, possibilitando

assim o atingimento do objetivo fim deste trabalho, que é a identificação dos elementos essenciais na implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica. O contexto é apresentado na seção 4.1.2.

Entrevista semiestruturada: A tipologia dessa investigação é denominada qualitativa, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas aplicada aos líderes selecionados e médicos cooperados e de posse de um roteiro de entrevista pré-estabelecido abordando três categorias.

O recurso da entrevista semiestruturada permite versatilidade à coleta de dados, possibilita ainda, uma maior desenvoltura por parte do entrevistado, uma vez que lhe é concedido espaço para externar seus conhecimentos, crenças e valores, fazendo uso de uma série de perguntas realizadas verbalmente em uma ordem prevista, todavia, concede ao entrevistador acrescentar ou reformular perguntas no decorrer da entrevista, com a finalidade de atender as necessidades do entrevistado (Laville & Dionne, 1999).

3.2 Procedimentos aplicados na coleta de dados

Para Creswell (2010), a evolução da coleta de dados contempla a definição de limites para o estudo, a coleta de informações, por meio de observações, e entrevistas semiestruturadas ou não estruturada, de documentos e materiais visuais, assim como, do estabelecimento do protocolo para registros das informações.

Primeiramente, foram realizadas reuniões com os responsáveis pela implantação do projeto, onde o objetivo era compartilhar os objetivos do estudo, em seguida, foram agendadas as entrevistas por meio da ferramenta teams, com cada participante.

Foram convidados a participar do estudo 7 (sete) pessoas, sendo quatro gestores que desempenham função de lideranças na cooperativa e três médicos cooperados. Os dados foram obtidos a partir das respostas dos 7 entrevistados, onde os gestores compartilharam como ocorreu o processo de implantação e os médicos cooperados contribuíram com suas percepções em relação ao resultado do trabalho. Na Cooperativa médica é comum um cooperado exercer um papel de direção dos serviços de Recursos próprios e/ou operadora. No caso da Unimed de Ponta Grossa, no momento da pesquisa um dos membros de gestão entrevistados, também exercia o papel de médico cooperado. Ou seja, em um período do dia ele atendia na estrutura do Hospital em um cargo de gestão e em outro período, atuava no papel de médico especialista, atendendo pacientes em consultório e realizando cirurgias de sua especialidade.

Esse estudo objetiva além de responder à pergunta de pesquisa: Quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica, desenvolver um material que possa, futuramente auxiliar outras cooperativas de saúde em conhecer como se deu o processo de implantação desse modelo, e como ele contribuiu na qualidade assistencial oferecida ao paciente.

As entrevistas foram agendadas e realizadas no formato *online*, com uso de tecnologias de transmissão e gravação, os líderes foram entrevistados no período de outubro a novembro de 2022 e os médicos cooperados foram entrevistados na primeira quinzena de fevereiro de 2023. Cada entrevista ocorreu de forma individual, totalizando 7 entrevistados.

O tempo de duração das entrevistas totalizou 181 minutos, o roteiro utilizado como base encontra-se no Apêndice A. Os entrevistados foram nomeados de 1 a 7, objetivando manter o sigilo de seus nomes, conforme Tabela 1.

Tabela 1
Dados e informações das entrevistas

Entrevistado	Duração	Data	Transcrição
Entrevistado 1	00:27'	04/10/2022	04
Entrevistado 2	00:40'	06/10/2022	06
Entrevistado 3	00:28'	13/10/2022	05
Entrevistado 4	00:35'	14/10/2022	05
Entrevistado 5	00:20'	05/02/2023	03
Entrevistado 6	00:13'	08/02/2023	02
Entrevistado 7	00:18'	02/03/2023	03
Total	181'		28 págs.

3.2.1 Definição das categorias de análise

As categorias de análises foram elaboradas a partir do referencial teórico, as quais foram denominadas: Experiência do paciente, Eficiência e Qualidade, conforme é apresentado na sequência, com embasamento na literatura.

Após as entrevistas, identificou-se que na percepção técnica, existem outros elementos os quais são identificados com base na visão assistencial, devido ao momento em que se

encontram no quesito implantação do modelo de remuneração. A base referencial desses outros elementos, se deu por meio dos materiais secundários apresentados e as entrevistas.

3.2.2 Dimensão temporal da pesquisa

A dimensão temporal desse estudo classifica-se como transversal, pois analisa um ponto e um momento específico, tendo os dados coletados em um período curto de tempo (Fontenelles, Simões, Farias & Fontenelles, 2014).

Neste estudo a implantação do modelo aconteceu aproximadamente entre outubro de 2018 a fevereiro de 2019. A coleta dos dados da pesquisa aconteceu no período compreendido entre outubro/2022 a março/2023, onde a análise dos dados foi iniciada em dezembro de 2022, sendo finalizada na segunda quinzena de maio de 2023.

3.2.3 Delimitação da pesquisa

Com o objetivo de delimitar a população participante deste estudo, as entrevistas aconteceram com as pessoas que foram responsáveis pela implantação do modelo de remuneração na cooperativa, sendo eles: Dois gerentes e o Diretor presidente. Adicionalmente, foi entrevistado também, um quarto membro que ingressou num cargo de Gerência no Hospital, cuja colaboração para o trabalho se deu, mediante ao compartilhamento das informações acerca dos resultados obtidos com a implantação do modelo. Por fim, com o intuito de conhecer a percepção final, foram realizadas entrevistas com 3 médicos cooperados.

O estudo teve como campo empírico a cooperativa Unimed de Ponta Grossa no estado do Paraná. A escolha da cooperativa que participou da pesquisa apoiou-se no critério intencional de escolha, que para Babbie (1999) ocorre quando a seleção da amostra é baseada no próprio conhecimento da população e dos seus elementos e da natureza das metas de pesquisa. Desta forma, a escolha da cooperativa se deu pelo fato de que, esta demonstrou interesse em implantar um modelo de remuneração que está focado na centralidade do paciente atendido em seu recurso próprio. Perfil dos respondentes conforme Tabela 2:

Tabela 2
Perfil dos entrevistados na pesquisa

Entrevistados		Cargo	Tempo de atuação no cargo
E 01	Gerente		4 anos
E 02	Diretor Presidente / Médico cooperado		3 anos
E 03	Gerente		2 anos e 9 meses
E 04	Gerente		2 anos
E 05	Médico cooperado		14 anos
E 06	Médico cooperado		14 anos
E 07	Médico cooperado		8 anos

No caso específico desta pesquisa, foram realizadas 7 entrevistas. Após a realização das quatro entrevistas iniciais, foi possível a identificação de que seriam suficientes para o trabalho, pois atendiam as necessidades das informações, devido as pessoas entrevistadas serem aquelas responsáveis pela execução do projeto.

Assim sendo, o número de respondentes foi definido a partir da redundância e saturação, que se apresentou ao longo do processo de entrevistas, sendo que o número de entrevistados é considerado representativo quando novas entrevistas não acrescentam novas informações sobre o fenômeno investigado, atingindo-se o ponto de saturação teórica do conteúdo (Thiry-Cherques, 2009).

Os três entrevistados do segundo momento, foram os cooperados, que por sua vez, compartilharam suas experiências após a implantação do modelo na Cooperativa.

A análise de dados foi considerada a partir do nível individual, pois para compreender como se deu a implantação do novo modelo, se fez necessária a entrevista com cada membro, inserido na implantação do projeto.

3.2.4 Coleta e tratamento dos dados

O estudo utilizou-se da coleta de dados primários, onde eles são representados por entrevistas semiestruturadas.

De acordo com Beuren (2012) ocorrem quando o entrevistador juntamente com o entrevistado, produzem um ambiente informal, e assim, as respostas veem com mais liberdade. Para Flick (2009), entrevistas semiestruturadas caracterizam-se por apresentarem questões abertas que orientam o entrevistado, sendo utilizada como um norteador da entrevista, onde o restante do processo não é planejado com antecedência.

Na sequência, foi realizada uma triangulação entre os dados primários e os secundários. Mattar (2001, p. 134), cita dados secundários “são aqueles que já foram coletados, tabulados, e

às vezes até já analisados e que estão catalogados à disposição dos interessados”. O intuito da triangulação de fontes objetiva a segurança na análise e conclusões, sendo neste estudo utilizada a triangulação de dados por meio do Manual elaborado pela cooperativa e disponibilizado aos cooperados médicos e os quadros do painel de acompanhamento compartilhados pela cooperativa, demonstrando a evolução no quesito Indicadores do projeto de modelo de remuneração.

Os dados secundários foram coletados por meio de documentos internos, fornecidos pela cooperativa, conforme a Tabela 3:

Tabela 3
Guia rápido do cooperado e quadro de indicadores: dados secundários

<i>Documentos</i>	<i>Data de emissão</i>
<i>Guia do cooperado</i>	01/2020
<i>Indicadores do projeto de modelo de remuneração HGU(Hospital Geral Unimed)</i>	03/2023

Esse tipo de análise compreende o conjunto de técnicas de análise das comunicações e, portanto, não se trata, dessa maneira, de um único instrumento, mas de um leque de apetrechos ou de formas adaptáveis em um campo vasto de aplicação.

A triangulação permitiu identificar a busca pela excelência na prestação de serviço ao paciente quando analisados os pilares criados no material denominado Guia rápido para cooperados. Para sua elaboração, foram consideradas premissas que vão ao encontro de uma prestação de serviço com mais qualidade e que paralelamente objetiva otimização de recursos.

3.2.5 Etapas da coleta de dados

Entrevistas semiestruturadas: com os entrevistados elegíveis, conforme Tabela 3 apresentado na página 32.

Análise de dados secundários: por meio da eficácia de compartilhado, o qual está contido na Tabela 4 apresentada na página 34.

As entrevistas semiestruturadas aconteceram por meio do *Microsoft Teams*, o qual foi utilizado de maneira ao vivo *online*.

As entrevistas foram gravadas com autorização verbal de todos os entrevistados e posteriormente transcritas para a análise. Os entrevistados foram escolhidos por critério intencional de escolha, ou seja, os responsáveis pela implantação do modelo de remuneração

no recurso próprio da Cooperativa. Perfil dos entrevistados na pesquisa apresentados na Tabela 3 na página 32.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 04 de outubro de 2022 a 02 de março de 2023 e tiveram duração média de aproximadamente 26 minutos cada. Após essa etapa, todas as entrevistas foram transcritas, e as falas foram classificadas e separadas de acordo com as categorias estabelecidas. A fundamentação teórica se deu, a partir da identificação dos elementos essenciais encontrados a partir das categorias utilizadas neste estudo, seguido das recomendações.

Com relação à coleta dos dados secundários, os documentos foram disponibilizados pela cooperativa estudada e constam relacionadas na Tabela 3. Os mesmos são fontes de eficácia da categoria de análise de estratégias.

Nos anexos constam os documentos fornecidos e disponibilizados pela cooperativa para publicação.

3.2.6 Facilidades e dificuldades na coleta de dados

Facilidades:

- a) facilidade no aceite das entrevistas dos responsáveis pela implantação;
- b) facilidade de acesso às informações dos dados primários dos entrevistados;
- c) aprovação e recomendação da pesquisa pelo Sescop – PR.

Dificuldades:

- a) o modelo de remuneração implantado no Hospital, permitirá futuramente evoluir para o modelo de remuneração baseado em valor, porém no momento do estudo, o processo ainda estava em fase inicial, dificultando a vinculação com a literatura quando analisados os elementos essenciais do modelo.
- b) devido ao período de implantação do modelo ter acontecido em paralelo ao período de pandemia, o resultado monetário obtido pode apresentar algum tipo de distorção;
- c) ainda em decorrência do período de pandemia, a criação de ferramenta que permitiria o acesso ao resultado dos indicadores, tornou-se moroso, não sendo possível o envio dos dados de forma ágil.

4 Análise dos Dados

Pretende-se nesta seção divulgar os resultados da pesquisa, apresentando a análise e discussão dos resultados obtidos a partir da coleta de dados. Com o intuito de responder aos objetivos específicos e à pergunta que gerou essa pesquisa:

Quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa de trabalho médico?

4.1 Breve contexto de análise

Nas cooperativas de serviços médicos Unimeds, a verticalização possui grande relevância. Os serviços oferecidos nas estruturas dos Recursos próprios, apresentam grande dedicação e empenho por parte da equipe assistencial, refletindo assim, no atendimento aos beneficiários e pacientes da operadora, além de propiciar a oportunidade de obter mais eficiência no uso de recursos e possibilidade no aumento no poder de negociação, trazendo benefícios a todos os envolvidos no atendimento em saúde.

4.1.1 Sistema Unimed Paranaense

De acordo com a ANS (2022), no Paraná, as cooperativas de trabalho médico Unimeds são responsáveis pelo atendimento de 1.593.734 de beneficiários, e aliada a outras modalidades de cooperativas, contribuem de forma expressiva com desenvolvimento do estado.

No estado Paranaense, o sistema Unimed se apresenta da seguinte forma: Unimed Paraná que é uma cooperativa de segundo grau, ou seja, uma Federação e as 22 cooperativas de primeiro grau, denominadas singulares, as quais possuem seus recursos próprios.

A tabela abaixo, reflete o número de vidas por Unimed no estado.

Tabela 4
Demonstração de vidas das Unimeds do Paraná

Nome da Cooperativa	Nº beneficiários
Curitiba	555.865
Londrina	192.558
Maringá	160.790
Unimed do Paraná	158.583
Cascavel	92.482

Nome da Cooperativa	Nº beneficiários
Ponta Grossa	78.911
Pato Branco	48.381
Costa Oeste	42.881
Guarapuava	30.926
Paranaguá	29.945
Campo Mourão	29.130
Oeste do Paraná	24.006
Paranavaí	23.996
Foz do Iguaçu	22.286
Apucarana	20.165
Francisco Beltrão	19.718
Noroeste do Paraná	17.262
Norte Pioneiro	14.372
Cianorte	11.907
Norte do Paraná	10.911
Vale do Piquiri	8.659
Total	1.593.734

Nota. Adaptado Relatório de indicadores Unimed do Paraná (2022).

Dentre essas 22 singulares, encontramos a Unimed Ponta Grossa, que apresentou grande anseio em modificar o processo de remuneração médica de seu recurso próprio. O intuito baseia-se no acompanhamento da sinistralidade da operadora, por meio de um modelo de pagamento aos médicos, onde fosse possível colocar o paciente na centralidade da assistência. Esse anseio se tornou realidade após vários encontros e apresentação de um projeto a diretoria da Cooperativa ao longo de 2019.

Em 2020, quatro pessoas, inicialmente, foram responsáveis por fazer com que o projeto se tornasse realidade. As reuniões de divulgação do novo modelo aos cooperados foram realizadas em curto espaço de tempo, aproximadamente dois meses, e em seguida um piloto já estava em prática.

Devido ao surto de pandemia ocorrido no país, o resultado do projeto ficou comprometido, uma vez que o campo específico definido para a implantação do modelo, foi o internamento.

A remuneração variável só acontece mediante a atuação dos médicos clínicos, cirurgiões, obstetras, anestesistas e pediatra neonatologista, em cirurgias realizadas no centro cirúrgico seguidas de internações, para a recuperação do pós-operatório. Com a pandemia, houve um considerável tempo de congelamento nas agendas cirúrgicas, enfraquecendo assim a evolução da implementação do modelo. Porém, mesmo com essa intercorrência, houve continuidade do trabalho.

Somente no primeiro trimestre de 2023, foi possível identificar que médicos estão conseguindo atingir a média de 30% de remuneração variável adicional, devido a prestação de serviço assertiva quando analisados os indicadores criados no projeto.

Para se chegar no desfecho, faz-se necessário percorrer um caminho assistencial que permitirá conhecer a saúde do paciente como um todo. A Cooperativa em questão encontra-se nesse momento, onde por meio de um valor adicional pago aos médicos cooperados, iniciou-se a construção de uma base de dados que futuramente poderá ser utilizada como fonte de informações cujo intuito será, analisar qual foi o desfecho obtido pelo paciente, podendo então fazer uso dessa fórmula sugerida por Porter e passar a remunerar por valor.

Desta maneira, por meio dos dados secundários compartilhados, é possível identificar que a implantação do modelo de remuneração implantado no recurso próprio da cooperativa de trabalho médico de Ponta Grossa, demonstra que é possível mesmo com certa resistência encontrada por parte dos cooperados, evoluir, sempre com muita transparência, maximizando assim a utilização dos recursos e prestando um serviço com muito mais qualidade que além de beneficiar o paciente, também contribuirá com uma possível queda no custo assistencial da cooperativa, além da possibilidade de aumento de valores a serem divididos entre os cooperados ao final do exercício.

4.1.2 Unimed Ponta Grossa

Em 07 de junho de 1978, 28 médicos se uniram e estruturaram a terceira Unimed do estado do Paraná, a Unimed Ponta Grossa. Com o passar dos tempos, a Unimed Ponta Grossa, foi ganhando espaço e se consolidando como a maior operadora de saúde não somente de Ponta Grossa, mas de toda região dos Campos Gerais.

A operadora conta com mais de 500 médicos cooperados, e possui como missão, cuidar das pessoas com qualidade e excelência em saúde. Apresenta ainda, como visão, ser referência em qualidade no cuidado com a saúde, sendo sustentável e competitiva, assegurando a satisfação dos clientes, cooperados, colaboradores e comunidade.

Em 2007, a operadora inaugurou o Hospital Geral Unimed (HGU), uma das maiores conquistas da Unimed Ponta Grossa e o primeiro passo na verticalização de recursos próprios.

Em seguida, vieram o centro de diagnóstico por imagem CDU (Centro de Diagnóstico Unimed) e a unidade de terapia intensiva adulto. A criação da unidade de Hemodinâmica, em 2016, permitiu ao HGU se tornar um hospital de alta complexidade cirúrgica. Finalmente em 2018, com a continuidade dos investimentos em serviços próprios, deu-se a inauguração do

primeiro laboratório próprio de análises clínicas, que hoje conta com oito unidades (Unimed Ponta Grossa, 2022).

Inaugurado em 01 de novembro de 2007 o Hospital Geral Unimed (HGU), que veio a conquistar referência na região dos Campos Gerais devido ao seu diferencial na prestação de serviços de hotelaria, adicionado a investimentos em recursos tecnológicos e humanos com o intuito de assegurar a qualidade do atendimento ao paciente (Unimed Ponta Grossa).

O HGU, está inserido nos 5% dos 400 Hospitais que existem no Paraná, que possuem o certificado de acreditação da ONA. Ele é o único dos Campos Gerais a contar com o selo de excelência o qual foi conquistado no final de 2021.

A busca pela conquista da Acreditação se iniciou em 2010, com a implantação da Gestão de Qualidade. Em meados de 2011, o hospital adotou requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação, tendo como resultado a realização de um diagnóstico, por parte do Instituto de Planejamento e Pesquisa para a Acreditação de Saúde (IPASS), que contribuiu na busca por essa conquista, em 2012.

Em 2013, o hospital recebeu, oficialmente, o certificado de Acreditação Nível 1, homologado ONA³.

A certificação nível 2 – Pleno – aconteceu em 2019. Inserida nas exigências da obtenção deste nível, estão os itens relacionados ao atendimento de padrões de qualidade e de segurança e os padrões de gestão integrada, incluindo a integração de processos e comunicação fluída.

Recentemente, em 2021, após avaliações do Instituto de Planejamento e Pesquisa para a Acreditação de Saúde (IPASS)⁴, a partir de critérios de segurança, gestão integrada dos processos e excelência em gestão, o HGU obteve o selo ouro de certificação. Foi o único Hospital dos Campos Gerais e o 9º do Paraná, a receber o reconhecimento (Unimed Ponta Grossa, 2022).

4.1.3 Projeto de modelo de remuneração no HGU (Hospital Geral Unimed)

No segundo semestre de 2018, devido a identificação do aumento da sinistralidade que a operadora apresentou, um grupo de gestores uniram-se e levaram até a diretoria, uma proposta de adequação no modelo de remuneração praticado aos prestadores de serviços médicos de saúde no Hospital HGU, os cooperados. Essa proposta, além da contribuição na queda da

³ Organização Nacional de Acreditação. Recuperado de <https://www.ona.org.br/quem-somos/sobre-a-on>.

⁴ Instituto para Planejamento e Pesquisa para Acreditação de Serviços de Saúde. Recuperado de <http://www.ipass.org.br/institucional.html>.

sinistralidade da operadora, poderia também trazer resultados positivos com a eficiência do serviço prestado, a qual seria visualizada por meio de criação de indicadores para vários agentes: Paciente, Hospital, Operadora, e o médico cooperado. O paciente se sentiria mais bem assistido, o Hospital, por meio dos indicadores inserido no modelo, conseguiria melhorar os seus resultados, principalmente os que fazem referência a qualidade, a operadora que teria a possibilidade de diminuir os seus custos assistenciais e por fim, porém não menos importante, o médico cooperado que teria um reconhecimento por meio de um valor adicional em sua remuneração.

Essa equipe realizou vários *benchmarkings*. Estudou e optou em convidar um autor que é renomado no assunto, Cezar Luiz Abicalaffe, para iniciar o entendimento e compreensão de quais passos deveriam seguir, para que conseguissem alcançar o objetivo construído. Desejavam implantar o modelo de remuneração baseado em valor no recurso próprio da operadora.

Após várias conversas e reuniões, a equipe apresentou a ideia a diretoria que por sua vez, deu o seu aceite promovendo assim uma Assembleia com os cooperados, realizando a apresentação formal do projeto. A aprovação em Assembleia, resultou na criação de um documento interno no Hospital.

Entre o segundo semestre de 2018 e o início de 2019, os trabalhos foram constantes, com muitas reuniões com os médicos e a criação de um material que viesse a facilitar a compreensão dos cooperados acerca do trabalho que estava sendo desenvolvido. Foi criado então, o Guia rápido para os cooperados. Este guia, foi o segundo documento interno criado pelo setor da qualidade do Hospital, originados do trabalho de remuneração médica (conforme Anexo 2).

Em janeiro de 2019, o projeto iniciou, porém sem pagamento adicional ao médico cooperado. Ou seja, o projeto iniciou, mas num formato piloto. Em meados de maio/2019, é que os números começaram a ser medidos de fato, tendo como consequência a remuneração variável adicional.

Em 2020, o cenário de pandemia enfraqueceu e evolução do projeto. Como a área de atuação do programa, considerava a estrutura de Unidade de Internação, o resultado esperado não foi obtido. Um fato que contribuiu expressivamente para isso, foi a resolução emitida pelo SESA (Secretaria de Saúde) do Paraná, de nº 926/2020 (Anexo B), onde suspendia por tempo indeterminado a realização de procedimentos eletivos hospitalares, devido à escassez de medicamentos anestésicos e relaxantes musculares. Além do controle de ocupação de leitos de UTIs, os quais estavam sendo priorizados aos pacientes graves, contaminados pelo COVID.

Nesse período de 2020 e parte de 2021, esse cenário de pandemia descaracterizou a prestação de serviço do Hospital, fazendo com que as internações fossem clínicas e não cirúrgicas, impactando diretamente no modelo de remuneração implantado. Apenas, após as liberação das agendas cirúrgicas eletivas, foi possível dar continuidade ao projeto.

4.2 Definição das categorias

As categorias e os códigos utilizados na análise das entrevistas foram previamente estabelecidas com base no seguinte referencial teórico: Experiência do paciente, Eficiência e Qualidade, conforme tabela 5.

Tabela 5
Quadro de análise – categorias de análise e elementos constituintes

Categorias de análises	Códigos constituintes das categorias	Referencial teórico
Experiência do paciente	Capacidade funcional Cura da dor Manejo alívio do medo	Ferreira (2015); Porter e Teisberg (2006); (WOLF et. al., 2014).
Eficiência	Segurança no paciente Centralidade de riscos Compartilhamento Incentivo	ANS (2019); Porter e Kaplan (2015);
Qualidade	Efetividade Adição de valor econômico aos processos Medição Mudança no modelo	ANS (2019); Abicalaffe (2018); Pedroso e Malik (2012); Kaplan et al. (2015), Abicalaffe (2015).

4.2.1 Apresentação dos resultados – categoria de análise

Na composição deste estudo a seção que aqui se apresenta, objetiva compreender a narrativa dos entrevistados evidenciando possíveis correlações entre o modelo implantado na cooperativa com a literatura.

É necessário reforçar que a cooperativa em questão está realizando os primeiros movimentos rumo a utilização do modelo de remuneração baseado em valor, logo, mesmo que de forma sutil, é possível identificar alguns pontos de convergência listados nas categorias e códigos apresentados.

Devido a este contexto, a contribuição dos respondentes para a primeira e segunda pergunta, as quais foram realizadas com base nas categorias: Experiência do paciente e Eficiência, se mostrou limitada, pois o foco estava sob as análises dos resultados obtidos por meio do acompanhamento dos indicadores existentes no guia do cooperado, os quais enfatizaram os elementos que fazem referência aos processos.

Na terceira categoria, denominada qualidade, foi constatada convergência entre os elementos encontrados na literatura e no estudo.

A apresentação dos resultados, foi construído a partir das respostas obtidas em relação as perguntas direcionadas aos respondentes:

a) Experiência do paciente

Porter e Teisberg (2006), Ferreira e Benício (2015) e (Wolf et al., 2014), comentam que o valor agregado à saúde do paciente, os quais podem ser: manejo da dor, capacidade funcional, cura, entre outros, são denominados como desfecho, logo, podem ser traduzidos como resultado obtidos por parte do paciente.

Na primeira categoria, tendo como parâmetro a experiência do paciente, a pergunta realizada foi: Além dos elementos: Qualidade de vida, capacidade funcional, cura, manejo da dor, entre outros, que são elementos encontrados a partir da literatura, no modelo implantado no Hospital Geral Unimed (HGU), esses elementos são convergentes?

No caso do Hospital, como estamos em fase inicial de implantação de um modelo que no futuro poderá evoluir para o modelo de remuneração baseado em valor, entendo que dentro da cesta de indicadores nos preocupamos em contemplar metas assistências, fazendo com que o paciente se mantenha no centro do cuidado durante a utilização do Hospital, e a ferramenta do DRG colabora com estas análises (Entrevistado 01).

O entrevistado 2, cita algumas das dimensões consideradas no guia do cooperado como elementos, conforme segue:

[...] a gente até colocou no projeto, os alicerces ali, a qualidade, a satisfação do paciente, a qualidade na assertividade da documentação, isso é muito importante, mas o que colocar dentro desses pilares é que a cultura da organização tem que ser olhada com carinho mesmo (Entrevistado 03).

O momento em que o Hospital se encontra, não permitiu maior contribuição acerca dos elementos encontrados a partir da literatura.

b) Eficiência

A ANS (2019) e Porter e Kaplan (2015), citam que elementos como segurança, centralidade no paciente, compartilhamento de incentivos, podem contribuir com a eficiência no modelo.

Na segunda categoria, o questionamento foi relacionado à quais são os elementos que contribuem com a eficiência, no modelo de remuneração implantado no hospital?

Entendo que o que contribui com a eficiência é o nível de maturidade que o Hospital irá atingir com o avanço deste projeto bonificação, pois a implementação dos indicadores gera segurança assistencial para o paciente e deve proporcionar excelência na jornada para o paciente e para o profissional envolvido (Entrevistado 01).

Está no guia do cooperado, a experiência do paciente né, satisfação do cliente, qualidade da assistência e o terceiro pilar que é a eficiência que a gente traduz em custos, né. Porque quanto mais eficiente você é, menos desperdício e melhora o seu resultado né, financeiro (Entrevistado 04).

c) Qualidade

A ANS (2019), Abicalaffe (2018), Pedroso e Malik (2012); Kaplan et al. (2015), Abicalaffe (2015), citam que elementos como efetividade, adição de valor econômico aos processos, medição e mudança no modelo, podem corroborar com a qualidade inserida no modelo.

É possível perceber uma certa convergência quando analisados os elementos encontrados à partir da literatura com os que elementos que foram encontrados no estudo, por meio dos relatos dos entrevistados, conforme abaixo:

Elemento: Efetividade

O projeto ainda vem sendo aprimorado por meio de revisões nos indicadores, quando necessário. A partir da ferramenta que foi desenvolvida internamente, foi possível o acompanhamento dos números, bem como análise de performance médica e verificação de cumprimento de todos os indicadores definidos no projeto, conforme cita o Entrevistado 3.

Têm um dashboard, que vai mostrando o quanto a gente estava remunerando em cima da produção. Ah, no lado de custos se você tem essa performance e você ganha, talvez você diminua o número de técnicos de enfermagem. Então é muito como você quer

encontrar [...] qual que é a definição do projeto? É diminuir custos é aumentar a receita, então ele potencializa isso (Entrevistado 03).

Então, no monitoramento no *We Now*, que é o nosso BI, então, do total de elegíveis no mês de outubro de 2022, 22 médicos tiveram repasse de 30%, 71 médicos, um repasse de 15% e 120 não bonificaram. Nesse mês a gente realmente repassou dinheiro né, porque a sinistralidade para reter repasse, tem que estar abaixo de 79% (Entrevistado 02).

Elemento: Adição de valor econômico aos processos

Para Pedroso e Malik (2012), compartilha que para a existência de valor, precisa haver adição de valor econômico aos processos, fato este que pode influenciar na qualidade. Com base nesse contexto, foi questionado se é possível identificar melhorias após a implantação do modelo? Como?

Sim, é possível. O quadro de evolução dos pagamentos aos médicos responde por si só. E vale a pena lembrar que o valor só é pago quando a sinistralidade está sob controle, quando analisada a premissa do projeto. (Entrevistado 01).

Sim, eles têm um *dashboard*, inclusive no *WE NOW* que é o sistema que vai mostrando o quanto a gente estava remunerando em cima da produção (Entrevistado 03).

Elemento: Medição

O desafio certamente existe, porém de acordo com Porter e Teisberg (2007), a competição por valor, deve se tornar a estratégia de saúde da nação. Melhorar a saúde e o valor dos cuidados de saúde para os pacientes é a única solução real. Para isso, os primeiros passos precisam ser dados em direção a construção de uma base de dados, que futuramente possa ser utilizada como informação de desfecho quanto a saúde do paciente.

Neste contexto, todos os entrevistados concordaram que em um modelo de remuneração que se dá pelo resultado assistencial oferecido ao paciente, resulta no aumento da qualidade do serviço e para isso, indicadores precisam ser pensados e criados, acompanhados e medidos.

Um dos entrevistados cita que o simples fato do cooperado saber que há um acompanhamento de seus resultados, já faz com que exista resultado positivo na prestação do serviço. Protocolos que contribuem para um melhor atendimento assistencial deixavam de ser cumpridos, e a partir da implantação do modelo, isso vêm se tornando menos frequente.

[...] o fato de ele estar sendo observado, faz com que ele caminhe dentro de determinados protocolos que muitas vezes ele acaba se omitindo sabe, por questões de facilidade, de tempo... Então eu acho que melhora o contexto geral e no quesito qualidade assistencial é a questão dele estar mais atento a determinados protocolos clínicos que muitas vezes ele não aborda por, simplesmente por deliberalidade (Entrevistado 02).

O Entrevistado 03, ainda no contexto de indicadores, além de compartilhar sua percepção, faz ainda uma correlação com o método de melhoria *Six Sigma*, o qual baseia-se em cinco passos básicos, conhecidos como DMAIC.

- 1) definir: determinar o propósito e o escopo do projeto;
- 2) mensurar: definir e coletar medidas que indicam performance dos processos;
- 3) analisar: ordenar e priorizar a informação, para determinar as relações entre o processo principal e a inserção de variáveis através de uma análise, utilizando mensuração de processos, gráficos, análises de defeito, para determinar sob quais condições os defeitos ocorrem;
- 4) melhorar (do inglês, improve): Definir e testar mudanças, com foco na redução de defeitos;
- 5) controlar: padronizar e institucionalizar as mudanças para a sustentabilidade das melhorias (Weiss & Gonce, 2001).

[...] a gente usou muito da metodologia lean né, vamos definir primeiro, antes da gente.. a gente definiu o que queria, antes da gente implantar a gente mediu, então medimos como que estava os números no final de 2019, analisamos esse número, para daí implantar e depois controlar. É bem metodologia de DMIKE né, definir, medir, analisar, implantar e depois controlar. E foi isso que a gente fez dentro desse projeto [...] (Entrevistado 03).

Enaltecendo o modelo DRG, o qual codifica os pacientes internados de forma sistematizada, permitindo a comparação assistencial no desempenho clínico para o tempo de internação, desfecho e condições clínicas, além de comparação com custo de efetividade a partir dos indicadores clínicos, por meio de uma classificação, obtivemos o relato abaixo:

[...] como a gente usou muito da metodologia do DRG a gente teve muitos ganhos de aceleração para o próprio paciente, que muitas vezes tinham que esperar o momento de alta né e o DRG, ele faz uma previsão mais assertiva da alta, fez com que o paciente pudesse ser liberado antes né e assim ter uma experiência melhor desse tempo que ele ficou dentro do Hospital (Entrevistado 03).

[...] ter muito claro os indicadores, indicadores que, de fato, tragam e agreguem valor... que o, o cooperado ele participe, né, que ele também tenha participação, que ele também colabore, que ele também enxergue valor...os indicadores estejam alinhados, que a jornada do paciente esteja bem...que ele consiga enxergar o valor da jornada do paciente na cesta de indicadores (Entrevistado 01).

O desafio certamente existe, porém de acordo com Porter e Teisberg (2007), a competição por valor, deve se tornar a estratégia de saúde da nação. Melhorar a saúde e o valor dos cuidados de saúde para os pacientes é a única solução real. Para isso, os primeiros passos precisam ser dados em direção a construção de uma base de dados, que futuramente possa ser utilizada como informação de desfecho quanto a saúde do paciente.

De acordo com Abicalaffe (2018), se faz necessário iniciar a medição da qualidade de forma geral, para então se possível pensar em desfechos que importam aos pacientes. Para se medir os resultados, precisa-se ter os processos muito bem desenhados e gerando informações realistas.

4.2.2 Apresentação dos resultados – outros elementos constituintes nas categorias

Para melhor compreensão, foi criado também um segundo quadro onde se apresenta os outros elementos constituintes das categorias de análises, os quais foram encontrados a partir das entrevistas e documentos secundários.

De acordo com Abicalaffe (2010), como a centralidade do modelo está voltado para a qualidade da assistência à saúde dos pacientes/clientes, esta mesma lógica deve ser aplicada na definição dos indicadores e agrupá-los em domínios ou dimensões da qualidade.

Na sequência, é apresentado a tabela 6, a qual foi construída a partir dos elementos encontrados no modelo implantado Hospital. Em seguida, são compartilhadas as categorias seguido pelos elementos identificados a partir dos documentos secundários e percepções extraídas por meio das entrevistas.

Para fortalecer a importância dos elementos, tabelas com o número de citações identificadas nas entrevistas, também está demonstrado na sequência.

Tabela 6

Quadro de análise – outros elementos constituintes das categorias de análise

Outras Categorias de análises	Outros elementos constituintes das categorias	Evidências na cooperativa
Experiência do paciente	Avaliação por meio de NPS	Guia rápido para os cooperados, Dashboard interno da Cooperativa
Eficiência	Indicadores de processos; Transparência com os cooperados; Incentivo por meio da remuneração	Percepção dos médicos cooperados identificados por meio das entrevistas.
Qualidade	Cultura; Recursos; Diminuição de desperdício; Adoção de outros modelos; Painel de acompanhamento	Guia rápido para os cooperados, Dashboard interno da Cooperativa

a) Experiência do paciente

Tabela 7

Categoria: experiência do paciente - número de citações

Experiência do paciente	Número de citações
NPS (Net Promoter Score)	7

Sobre a plataforma desenvolvida para conhecer a avaliação do paciente acerca do atendimento prestado a ele, os entrevistados contextualizam como se a sua criação bem como qual era o seu objetivo.

Elemento: Avaliação por meio de NPS (Net Promoter Score)

Não tinha por exemplo o NPS (*Net Promoter Score*). O NPS, é uma ferramenta que permite conhecer a satisfação de cliente. A questão de a gente colocar a avaliação do paciente dentro disso, opa, o projeto fomentou isso. Opa, vamos colocar. Como é que eu vou colocar isso? E foi criado lá dentro da Unimed um sistema que dispara SMS e e-mail para os pacientes, para que a gente possa mensurar a qualidade disso. Então, também trouxeram novas iniciativas, como também usou (Entrevistado 03).

[...] a satisfação do cliente, ela passou a ser não na hora do atendimento num totem na frente de quem está sendo avaliado, e sim por mensagem né, o NPS é enviado por mensagem, no celular do cliente, horas ou tempos depois de que ele saiu do local né do Pronto atendimento ou do Hospital (Entrevistado 04).

b) Eficiência

Tabela 8

Categoria: eficiência - número de citações

Eficiência	Número de citações
Indicadores de processos	55
Transparência nas informações com os cooperados	16
Incentivo por meio da remuneração	17

Elemento: Indicadores de processo

No quesito Indicadores da eficiência, os entrevistados externam a sua relevância enfatizando que foi pensando neles, que o projeto se materializou. Os 11 indicadores utilizados na cesta de indicadores, assim denominado no material desenvolvido, exemplifica a importância.

[...] é [...] indicadores de eficiência, qualidade e experiência do cliente né, do paciente. Então estes indicadores foram divulgados de forma transparente a todos os médicos que entrariam no projeto e seriam passíveis de serem bonificados. Uma vez que, se você tornou consciente o que seria medido a gente teve uma preocupação e uma procura maior, por melhorar a conduta ou o manejo dentro dos indicadores que eles sabiam que seriam medidos ne. O ganho imediato, foi quando a gente começou a monitorar estes indicadores de forma automática, é, eu posso citar a redução do tempo médio de permanência, dos clientes (Entrevistado 04).

[...] então entre os indicadores, nessa cesta de pagamento da remuneração adicional, os principais e os que mais contabilizam são os indicadores de qualidade, por exemplo: alta precoce, não re-internamento, isso sem ser inventado, a gente usa o DRG ne, que é uma ferramenta conhecida mundialmente, que dá indicadores de qualidade (Entrevistado 06).

Elemento: Transparência com os cooperados

É sabido, que no início da implantação de um projeto, é fundamental que se tenha paciência, pois entre a etapa inicial e a geração de resultados, leva-se tempo. Nesse sentido os entrevistados, sinalizam a importância de se obter resignação, mantendo o foco e disciplina na evolução do trabalho, bem como, citam como foi o processo de convencimento dos médicos na busca do de acordo para implantação do modelo.

Na visão do Entrevistado 2, não se deve haver economia no que se refere a explicar ao cooperado o que, como e por que tal modelo está sendo implantado. Juntamente a essa explicação, se faz necessário ter paciência e tato no diálogo, repetindo-o quantas vezes forem necessárias.

Transparência, cordialidade, eficiência, jornada do paciente ou a percepção do paciente [...] a transparência com quem está sendo avaliado. Então a transparência desde o início e essa sensibilização, capacitação. A aceitação desses parâmetros pelos médicos que já estão acostumados a trabalhar daquela forma, antiga, também é muito difícil. [...] o trabalho tem que ser prolongado com os médicos para convencimento para esclarecimento disso. Deixar bem claro os benefícios que se pode trazer, não só para a Cooperativa, mas para o médico e para o paciente (Entrevistado 05).

A principal estratégia é diálogo e transparência. Você tem que estar aberto a falar tudo de novo, a conversar com calma e muita paciência! Olha o que é o mais importante aqui [...] é você estar aberto e disponível para poder escutar e explicar, certo? Aí vem reunião individual, reunião com clínicas com grupo de especialidade certo? Você tem que estar super preparado para essa enxurrada de questionamentos que vem depois que se inicia (Entrevistado 02).

Muitas palestras, chamou para conversar, a gente mostrou... a gente ia no dia a dia, muitas vezes eu fui lá, falar com o próprio médico. Ó é daqui que vem o cálculo! Então a gente fez bastante isso, E a gente fez diferente [...] explicar quantas vezes for, porque, é você insistindo que você [...] repetir é didático ne. [...] então a estratégia de estar próximo, então a estratégia de estar transparente, da divulgação, divulgação dos ganhos como um todo ne. o marketing, a divulgação disso ne, essa transparência é essencial (Entrevistado 03).

[...] eu cito ne, antes, muita informação, transparência ne. foram feitos diversos fóruns, divulgações por e-book, divulgações no site dos cooperados, esclarecimento de dúvidas. E daí a gente acaba tratando é por e-mail, quando é suficiente ou a gente marca reuniões de esclarecimentos sobre o projeto, esclarecendo dúvidas, ouvindo sugestões. Só que ele não está engessado, então ao longo do tempo, a gente vai identificando melhorias e a gente tem que alterar, a gente tem que implementar o que tá em andamento. ele não tem que nascer ideal, ele tem que nascer das suas necessidades naquele momento, nascer é o que é importante (Entrevistado 04).

Elemento: Incentivo por meio da Remuneração

A *The Economist Intelligence Unit* (2016), cita que por meio de uma pesquisa realizada que se um ambiente propício para se implantar o modelo de remuneração baseado em valor, compreende quatro domínios e dentre eles, o pagamento baseado em resultados.

O Hospital em questão, utilizou essa estratégia da remuneração variável uma vez que ela pode contribuir de forma mais efetiva no aumento da qualidade da prestação do serviço assistencial, proporcionando ganhos a todos os envolvidos, pois trata-se de um forte estímulo ao alcance de um modelo que proporcionará conhecimento do valor agregado à saúde do paciente. Embasado nesse raciocínio, os respondentes compartilham suas percepções acerca deste código.

Sim, colabora com a melhoria da assistência por que atrelado à bonificação, atrelado à performance tem um cuidado do profissional, né, então, obviamente que a bonificação, ela aumenta o ganho a partir do momento que você tenha um cuidado no seu dia a dia, né... na sua prestação de assistência (Entrevistado 01).

Claro que quando você vai remunerar mais, e foi a ideia que a gente teve [...] de bonificar quem entregar, é comum você ver uma certa adequação. E claro que a medida que os envolvidos vão conhecendo e vendo valor nisso, eles passam também a fazer adaptações nessas questões (Entrevistado 06).

c) Qualidade

E por fim, o número de citações dos elementos que na Qualidade está demonstrada abaixo, conforme a Tabela 9:

Tabela 9

Categoria: qualidade – número de citações

Qualidade	Número de citações
Cultura	35
Recursos	15
Diminuição do desperdício	10
Adoção de outros modelos	11
Painel de acompanhamento resultados	25

Elemento: Cultura

O Entrevistado 4, ao compartilhar a necessidade de mudança na cultura, reforça que essa é uma das barreiras enfrentadas pela cooperativa. Ele reforça a importância de se ter um tempo investido no convencimento do ganho que será possível obter com essa implantação. A mudança tende a vir de forma mais rápida, se contar com o de acordo dos principais atores desse processo.

O engajamento de um grupo que muitas vezes é o grupo que dá direção [...] convencimento deste primeiro grupo é muito importante é [...] trata-se de mudança cultural, então leva muito tempo, é [...] e como que a gente consegue catalisar né. Tendo uma mudança no modelo de remuneração vinculado e não somente o modelo diferente do *fee for service*, né (Entrevistado 04).

Eu não tenho dúvida de que a palavra é, cultura. A barreira é a cultura! A resistência primeiro, em ser avaliado. O pessoal médico, não tem o hábito de ser avaliado. Então acho que essa é a principal dificuldade que nós temos, de transformar, modificar a cultura do profissional médico (Entrevistado 02).

Ah a barreira principal, são os médicos mesmo né. Entender que esse modelo é o melhor para eles. A cultura né. A clareza das informações, transparência essencial né, então acho que esses foram os grandes desafios, realmente é você sensibilizá-los [...] o fator de sucesso é começar com transparência desde o início (Entrevistado 03).

Acho que é a resistência. É porque a grande maioria das pessoas tende a querer continuar fazendo da forma com que sempre fez né, porque é a zona de conforto. E um segundo dificultador que eu entendo é de forma comparativa para o médico (Entrevistado 04).

Então essa é a principal barreira né, o cooperado, o médico, o sócio, ser beneficiado por um pagamento por performance, por bonificação... entender o valor disso e trabalhar numa mudança de cultura né, que envolve também o beneficiário, a preocupação com a experiência do cliente, a qualidade, enfim (Entrevistado 06).

Elemento: Recursos

De acordo com Wernerfelt (1984), recursos são todos os ativos tangíveis e intangíveis tais como máquinas, marcas, conhecimento em tecnologia, habilidades pessoais empregadas, procedimentos eficientes, dentre outros. Barney (1991), complementa ainda que são todos os ativos, capacidade organizacional, processo organizacional, informação e conhecimento controlado por uma firma, que permitem criar e implementar estratégias que melhorem sua eficiência e eficácia e que sejam sustentadas por mais tempo.

O Entrevistado 1, sinaliza que o tempo de dedicação no projeto foi menor, devido ao DRG já estar implementado no Recurso próprio, conforme a fala abaixo:

[...] todos os recursos ou eram meus, ou do DRG que já estava conosco. Da TI (tecnologia da informação), são horas de trabalho da equipe, final de semana, trabalhando em cima disso. Por que a gente, as nossas reuniões eram nas segundas feiras às 8:00h da manhã (Entrevistado 01).

Todo o custo foi hora homem trabalho da cooperativa. Para o pagamento sim, eu digo assim, a gente não contratou nada de fora, a gente gastou, é gastou, foi com recurso próprio que nós fizemos isso né com recurso humano próprio e aí sim. Tudo foi acomodado dentro da estrutura que nós tínhamos (Entrevistado 02).

Tá, no nosso caso ali, o recurso foi do próprio projeto do DRG, então tinha isso implantado. O recurso do sistema que registra os dados, no caso ali era o Tasy. Tendo os dados a gente construiu a ferramenta com recursos próprios, é... tinha lá uma equipe ali de dois programadores né, uma equipe não, uma dupla né. Se formos colocar em custos, foram as horas deles lá, celetistas né. Então as ferramentas que já tinham, por isso é muito importante a cultura da Organização, o que que eu já tenho que eu posso usar e o conhecimento deles interno, pra você poder fazer esse sistema né (Entrevistado 03).

Pessoas engajadas e motivadas para construir o modelo. Equipe de TI desenvolvendo e uma equipe operacional é, de contas médicas principalmente executando a operação de faturar e remunerar e fazer o pagamento. Eu acho que isso é o principal (Entrevistado 04).

Elemento: Diminuição do desperdício

Os Entrevistados 4 e 5, pautaram-se na diminuição do desperdício, onde o foco passa a ser a centralidade do paciente bem como, no aumento da qualidade assistencial. Com a implantação do modelo, será possível acompanhar com mais precisão todos os processos, minimizando retrabalhos e consequentemente os desperdícios.

Porque a gente passa a ter a visão é do caso a caso e sim do todo né, do atingimento de metas que trazem sabidamente qualidade assistencial, redução de desperdício [...] a gente consegue reduzir estes desperdícios e aumentando a qualidade assistencial (Entrevistado 04).

Então sim, o pagamento, levando em consideração o resultado do tratamento, a evolução do paciente vai favorecer muito (Entrevistado 05).

Elemento: Adoção de outros modelos

De acordo com Abicalaffe (2015), a utilização do DRG é um passo importante para a alteração do modelo de pagamento no Brasil, uma vez que permite padronização no atendimento. Quando analisado o modelo a nível mundial, as iniciativas de DRG nasceram do lado da fonte pagadora e, aqui, são os hospitais, que buscam, com protocolos, reduzir os tempos de permanência e aumentar a rotatividade dos leitos, para assim realizar mais procedimentos. Assim sendo, o nível de informação também é melhorado, fato este, o que contribuirá para a melhoria da gestão clínica e assistencial.

Baseado nesse contexto, o Entrevistado 3, comenta a potencialização aplicada na ferramenta já existente do DRG.

Lá já tinha DRG, certo [...] mas os médicos não estavam olhando para essa questão ali da alta assertiva né, no tempo correto. E foi criado lá dentro da Unimed um sistema que dispara SMS e e-mail para os pacientes, para que a gente possa mensurar a qualidade disso. O que é que a máxima que eu entendo sempre né, comece pequeno e pense grande. Se vc tem dentro do Hospital, vc tem apenas o indicador... vamos pensar de número de pacientes que vc internou e taxa de ocupação, começa medindo isso. Dá transparência nisso e você vai subindo degrauzinho por degrauzinho. Opa, agora vamos pensar numa remuneração baseado em evidência, vamos olhar mais para o DRG, para outros números né, internação. Aí vc vai progredindo nesses degraus (Entrevistado 03).

Quando envolve análise de indicador de um médico de um cirurgião as vezes ele acha que ele está sendo monitorado... E por isso que, às vezes, mudança nos modelos tem que ser imposto de cima para baixo mesmo e começar (Entrevistado 06).

Os elementos que a gente precisa é um DRG bem estabelecido dentro da instituição, porque os dados basicamente que eles fornecem é do DRG. Outro elemento essencial é sempre ter alguém com um olhar para o projeto, para sempre estar validando aqueles dados, eu acho que isso é importante. A gente viu isso aqui e vivenciou isso aqui na Unimed Ponta Grossa, então a necessidade de ter uma equipe validando tudo isso e eu acho que é basicamente isso (Entrevistado 07).

A gente fez conversas com o Abicalaffe, com o IAG Saúde (Instituto de apoio a Gestão pública) que é o do DRG né, pra gente poder entender a metodologia de pagamento, e foi isso (Entrevistado 01).

Do Porter, é assim... do conhecimento teórico do que cada um de nós tínhamos separados, mas assim, ninguém foi ler Porter para montar isso aqui. Não, a gente foi escutar o Abicalaffe e daí montou (Entrevistado 02).

Elemento: Painel de acompanhamento

Quando o questionamento realizado abordou o resultado no pagamento de variável aos médicos que atenderam aos indicadores contidos no projeto, a resposta foi positiva conforme relatos apresentados na sequência.

O Entrevistado 2, externou com euforia a informação de que sim, todos os meses os cooperados recebem pagamento variável pelo cumprimento das regras inseridas no projeto. Os indicadores, após serem analisados, mostraram que os médicos estão realizando os processos que permitem que a cooperativa evite desperdícios e possa de fato, focar na prestação de um serviço de forma mais assertiva.

Sim, eles são bonificados em até 30%. Todo mês o pessoal recebe! A equipe de anestesia bonifica 95%, os cirurgiões bonificam 40, 45% e os clínicos têm uma média de bonificação menor. Certo! A equipe de bonificação tem um objetivo de fazer com que 40% dos cooperados sejam bonificados no mínimo. Ela tem que bonificar no mínimo 40%, se bonifica menos temos que chamar a equipe que não está bonificando e entender o porquê, se tem que melhorar a assistência, ou se estamos medindo errado. Então assim, no mínimo 40% tem que bonificar, essa é nossa meta (Entrevistado 02).

Sim, a gente é em média têm 200 médicos dentro dos que podem ser bonificados, monitorados mês a mês. A gente bonifica em média, 38 a 40% deles, que recebem a bonificação entre 15 e 30% (Entrevistado 04).

Juntamente com esse relato, é compartilhado o painel de acompanhamento, desenvolvido internamente pela cooperativa, onde por meio dos dados numéricos é possível evidenciar que os cooperados de fato vêm recebendo valores adicionais, os quais estão atrelados a cesta de indicadores, elaborada no início da estruturação do projeto.

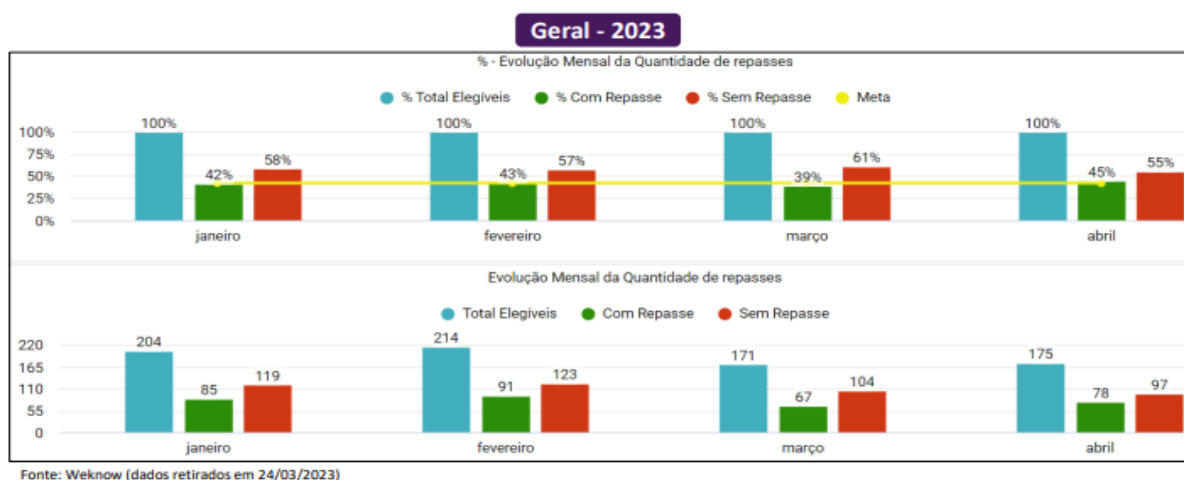


Figura 2. Evolução mensal da quantidade de repasses

Nota: Evidências dos elementos essenciais identificados na implantação do modelo.

Fonte: Dashboard Unimed Ponta Grossa – Indicador Bonificação.

Na criação do modelo, especialidades médicas específicas foram definidas como elegíveis para compor o projeto. Sendo elas: Clínica, cirúrgica, obstetra e anestésica.

A partir dessas definições, iniciou-se o processo de acompanhamento de resultado dos médicos, analisando a entrega em cada um dos 11 indicadores que compunham a cesta.

Observando a Figura 2 , nota-se que a Cooperativa vem apresentando êxito no modelo implantado. Quando analisado o resultado de todos os indicadores que compõe as 3 dimensões segregadas pela Cooperativa, no primeiro quadrimestre de 2023, 42% dos médicos passíveis de bonificação, receberam um valor adicional por terem desempenhado um papel satisfatório em relação ao cumprimento dos indicadores contidos na cesta.

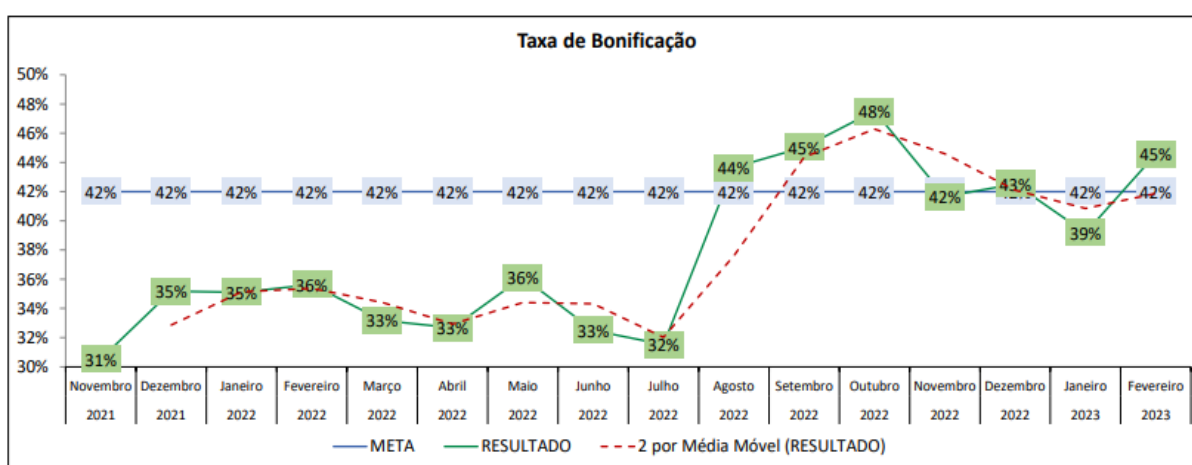


Figura 3. Taxa de bonificação

Nota: Evidências dos elementos essenciais identificados na implantação do modelo

Na demonstração da Figura 3, percebe-se que a partir de fevereiro/2023 contando retroativamente 7 meses, somente em um mês, a Cooperativa não atingiu a meta de repasse adicional 42% dos médicos elegíveis no modelo.

Nos demais meses, o percentual se mostrou inclusive, maior, comparado a meta estabelecida.

Na sequência, é apresentado o resultado obtido no indicador de sumário de alta, o qual está inserido na dimensão Qualidade. Tal demonstração ratifica a evolução positiva que a Cooperativa vem apresentando, com a implantação do modelo.

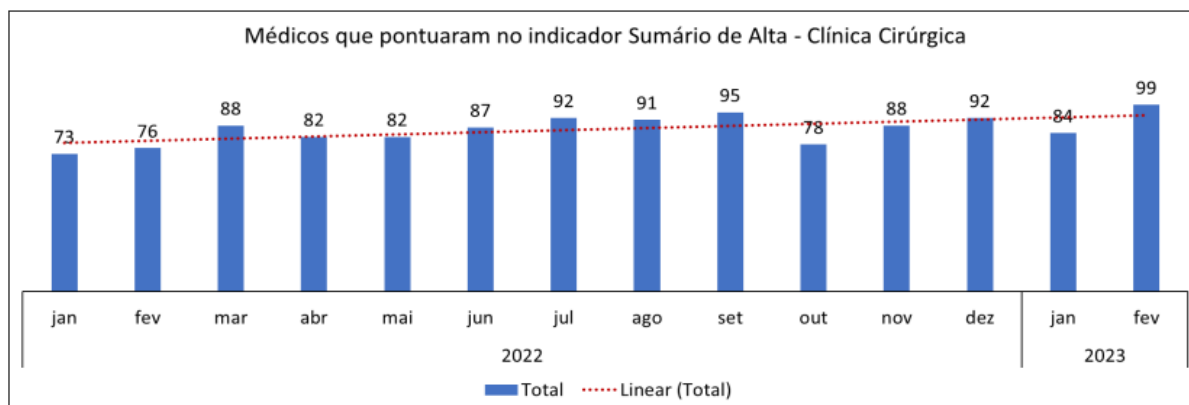


Figura 4. Resultado de pontuação no sumário de alta (quantitativo)

Nota: Evidências dos elementos essenciais identificados na implantação do modelo

O preenchimento do sumário de alta do paciente é um dos indicadores que indica que de fato, se houve melhoria na construção da base de informações. Quando analisado um período de 12 meses, percebe-se que houve um expressivo crescimento de pontuação por parte dos médicos cooperados neste indicador.

Em fevereiro de 2022, 76 médicos pontuaram neste item, quando analisado o mesmo mês do ano de 2023, encontramos um crescimento de 30% de médicos que foram pontuados positivamente neste indicador.

4.2.3 Evidências práticas a partir dos relatos dos médicos

Quando questionado se a adequação no modelo de pagamento já surtiu algum efeito ou alteração no comportamento por parte dos médicos, as respostas foram variadas. Houve respostas voltadas a qualidade e a comportamento e isso reforça a contribuição positiva com a nova modalidade de pagamento.

Uma considerável evolução percebida, foi no setor da qualidade. Documentos como RNC (relatório de não conformidade), não eram levados a sério pelos médicos, e com a implantação do modelo passaram a ser respeitados. Tal afirmação é reforçada com a fala abaixo:

[...] eles não davam bola para as não conformidades. Há o que que é RNC (relatório de não conformidade), o que é... isso não é nada, isso não dá em nada, mas a partir do momento que a RNC passou a contar a ser contabilizada eles, aí reconheciam eles sabiam o que era RNC. Quem não conhecia e passou a receber a RNC ou ser, ou não ser bonificado porque tinha uma RNC, porque quem tinha RNC não bonificava ne. Então, passou a buscar a qualidade pra responder pra participar do plano de ação (Entrevistado 01).

A busca por conhecimento em vários aspectos por parte do cooperado, também foi um ponto positivo com o novo modelo de pagamento sinalizado pelo Entrevistado 02.

É o cooperado começar a procurar a gestão da cooperativa para entender quais são os indicadores. Ele tenta mudar ele tenta aprender e com isso a gente vai devagarzinho mudando a cultura. E assim, a gente pôde observar também uma melhoria nos indicadores de alta ne, baseado no DRG (Entrevistado 02).

Houve também uma exemplificação prática em relação a postura médica, após a implantação do modelo, cita ainda o mesmo entrevistado:

Um colega otorrino nunca bonificava certo? Aí sentei com ele e falei então vamos lá. Olha só porque que você não bonifica, porque você está deixando a tua alta para o final do dia, certo. Eu vou te mostrar como que eu faço. Eu estava operando, terminei a cirurgia, descrevi tudo, preenchi toda a papelada e deixei o sumário de alta pronto, com a alta no sistema, automática para as 15:30h, ao invés de ir para o Hospital no final do dia, como a gente fazia antes, eu passo na hora do almoço e vejo se está tudo bem e aviso a enfermagem, às 15:30h o paciente pode ser liberado. E ele começou a fazer isso também (Entrevistado 02).

O entrevistado cooperado, citou ainda, que liberando paciente no tempo certo e não o deixando ficar mais tempo no hospital, é possível otimizar a mão de obra da equipe que está no plantão noturno para as atividades que de fato eles precisam se dedicar.

Você liberar o teu doente as 15:30h e liberar ele as 19:30h. As 19:30h a equipe que faz a limpeza, a hotelaria que repõe material, tudo isso é reduzido para o plantão da noite. Então você antecipa isso para o momento de maior giro, libera o leito mais precocemente para os internamentos do final do dia, certo... e faz rodar uma equipe que está mais preparada, que não é uma equipe de plantão noturno (Entrevistado 02).

Outra contribuição, que reforça a evidência prática do ganho no dia a dia, é compartilhada por outro entrevistado, citando as adaptações que um cooperado fez, para passar a apresentar resultados no projeto, passando a ser remunerado por atender aos indicadores.

Consigo sim, eu vou usar um exemplo que eu tenho liberdade de compartilhar...ele mudou a rotina dele, de trabalho, frente a esse novo projeto ne. Então algumas vezes ele deixava pra umas altas mais para o final do dia, e ele como otorrino, a maioria dos internamentos são rápidos ne, ele mudou a rotina até do consultório dele para atender. Então nesse ponto, o paciente ficou mais acolhido, a Unimed teve um desperdício... diminuiu desperdício ne, porque a gente sabe que a área de saúde sempre tem um certo desperdício ne. O problema maior desse cooperado era o tempo de permanência. Outro ponto é o olhar do médico. E as vezes era culpa da TI mesmo, ne. Ah!! o sistema estava fora do ar naquele horário, por isso não consegui preencher. Aí a gente ia e olhava lá, poxa, realmente estava fora do ar. Mas olha até ele chegar a essa conclusão que era isso, ele começou a observar, ele começou a melhorar a própria disponibilidade do sistema acusando. “Olha, ta fora, eu preciso disso aqui”. Então, houve uma melhora dos processos como um todo (Entrevistado 03).

[...] o ganho imediato, quando a gente começou a monitorar estes indicadores de forma automática, é, eu posso citar a redução do tempo médio de permanência, dos clientes ne. Então este, foi o ganho imediato que foi uma redução do tempo médio de permanência e com isto, redução de desperdício, e com isto redução de custo assistencial, né (Entrevistado 04).

Evidências de que realmente o modelo apresenta-se favorável no quesito atuação do médico cooperado, podem ser encontradas nas falas dos entrevistados.

Trabalhar a cultura e aceitação do projeto por parte dos cooperados era um dos desafios que os membros e responsáveis pelo projeto possuíam, porém, os relatos demonstram que com transparência e cordialidade, os médicos conseguiram entender que tratava-se de um projeto que traria resultados positivos a todos os envolvidos. Cooperativa, cooperados e principalmente os pacientes.

5 Implicações Gerenciais

Os resultados obtidos pelo estudo apresentaram informações significativas no que se refere a conhecer quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica.

Esses resultados encontrados oferecem subsídios para que novas cooperativas, que desejarem, possam ter direcionamento de como poderiam também evoluir em uma implantação, que permita chegar ao modelo *fee for value*.

Ao conhecer os pontos que fortaleceram o processo, bem como pontos de atenção e recomendações para próximos trabalhos, as novas cooperativas já poderão dedicar mais energia em como resolver algumas questões, uma vez que este trabalho já apontará possíveis barreiras.

Considerando que os resultados apresentados demonstram que as cooperativas vêm conseguindo evoluir com a implantação do modelo, recomenda-se avaliar novos desdobramentos acerca deste estudo, uma vez que ele ainda está na fase inicial do processo para se chegar em um modelo de remuneração baseado em valor.

Mesmo com as percepções favoráveis ao modelo implantado, é importante lembrar que de acordo com Porter (2010), quando se fala em modelo de remuneração baseado em valor, a medição e a melhoria do processo são táticas importantes, mas não substituem a medição de resultados e custos. Devido a isso, sugere-se que o Hospital continue, por meio do painel de acompanhamento recentemente criado, atualizando e revisando periodicamente as informações, permitindo assim com que seja possível conhecer os reais resultados do Recurso próprio, bem como apontando possíveis pontos de melhorias com certa agilidade. E consequentemente, possibilite a criação de indicadores que realmente poderão ser utilizados como denominador na fórmula de Porter: Desfecho/custos, evoluindo em médio a longo prazo para um modelo de remuneração baseado em valor.

Abaixo algumas considerações adicionais, externadas pelos entrevistados, que apresentam relevância e podem contribuir, no caso de outras cooperativas desejarem iniciar com o modelo.

5.1 Revisão dos indicadores de qualidade

Em meio as entrevistas, surgiram informações relevantes acerca da criação dos indicadores. Um entrevistado citou que os indicadores não são “engessados”. De tempos em tempos, eles são revisados e for o caso, são adequados.

Ele não pode ser, isso a gente vende no início sabe Joelma, é importante como estratégia para vencer a barreira é isso, vai ter um monte de resistência, aí vc diz, não, peralá, mas eu não to dizendo que esse projeto ele é fechado e é estanque. Não senhor. Vamos botar para rodar e em seis meses nos revisaremos, certo. “Ah eu tenho aqui um indicador que tá mal calibrado, certo. Vamos rever.

5.2 Apoio da diretoria do Recurso próprio

Outra contribuição relevante, veio por meio de outro entrevistado que cita a participação indispensável dos dirigentes do Hospital. Se não houver a “compra da ideia” desde cima, o sucesso da implantação do projeto tende a ficar comprometida.

Que é o apoio da diretoria, se a diretoria compra um projeto como esse que vêm lá de cima e eles entendem que isso é muito importante, faz toda a diferença tá. Melhor até do que vc ter gênios na TI, se eles não forem apoiados [...] porque quem está lá na gestão você não vai conseguir. É melhor você ter gênios na diretoria e ter medianos na TI que vai sair muita coisa bacana.

5.3 Os médicos entenderem que é um processo que pode agregar

A resistência do corpo médico também aparece como considerações, frisando que o entendimento e aceite por parte deles, é fundamental para o sucesso do projeto.

Se você tem isso na gestão do Hospital e entender que é uma ferramenta que contribui positivamente, isso faz toda a diferença. Por que se você tem lá na gestão uma ferramenta que , quer me medir agora? Você começa já com esse pensamento de vão me auditar, vão medir se eu to fazendo, ah a taxa de fracasso é 100%. Agora se tem todo um recurso, uma sensibilização, entender que é para o bem, a ferramenta funciona.

6 Conclusão

A escolha sobre o tema elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativas de trabalho médico, se deu devido ao desejo de colocar o paciente na centralidade do cuidado, bem como, à importância em se analisar modelos alternativos ao modelo predominante atual, *fee for service*.

Um dos pontos de relevância no estudo foi a iniciativa dos gestores em estruturar um trabalho que permitisse, além do controle da sinistralidade, colocar o beneficiário no centro do atendimento por meio de uma remuneração aos cooperados, pautada na criação de indicadores voltados para a melhoria dos processos assistenciais hospitalares.

O momento em que o Hospital se encontra com a implantação do modelo, refletiu a percepção quanto à identificação dos elementos essenciais. Devido ao trabalho estar em fase inicial, os indicadores encontrados no estudo, demonstram que um passo importante já foi dado rumo à aplicabilidade do modelo por valor, propriamente dito. Abicalaffe (2018), enfatiza que o mais importante é evoluir para novos modelos de remuneração, deixando de lado as dificuldades teóricas e partindo para a prática, mesmo que em um primeiro momento, os resultados não sejam os mais adequados.

O objetivo geral do estudo, estava em responder à pergunta norteadora da pesquisa, sobre identificar quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em cooperativa médica.

Os resultados, foram classificados em três categorias, Experiência do paciente, Eficiência e Qualidade. Categorias estas, que estão em sinergia quando comparado ao modelo implantado no Recurso próprio da Operadora. Na primeira categoria, o estudo de caso, apresentou como o elemento, a plataforma criada pelo Hospital a fim de identificar junto ao paciente, a sua avaliação acerca de um serviço prestado. Na segunda categoria, sendo ela a eficiência, os elementos encontrados no Hospital, foram: Adoção de outros modelos, transparência com os cooperados; Indicadores de processos e o incentivo por meio da remuneração. E por fim na última categoria, a qualidade, foram encontrados os elementos como: Cultura, recursos, diminuição de desperdício e painel de acompanhamento.

Por fim, os envolvidos no estudo reconhecem que existe ainda um trabalho a ser desenvolvido, para que possam, com base na evolução do processo, chegar de fato ao modelo de remuneração baseado em valor.

7 Considerações Finais e Recomendações

Este estudo teve por objetivo verificar quais são os elementos essenciais para a implantação do modelo de remuneração baseado em valor em uma cooperativa médica. Tendo como pressuposto teórico a referência contida na literatura sobre o tema, considerou-se para a análise da realidade a inter-relação das categorias teóricas, destacando os elementos de identificação individual nas entrevistas e das análises de dados secundários da cooperativa elegível.

Sabe-se que não é simples uma implantação de modelo *fee for value*, uma vez que ele requer informações detalhadas acerca da saúde do paciente, ou seja, toda a sua trajetória desde o início de um acompanhamento até o seu desfecho, onde se dá a partir da qualidade de vida entregue ao paciente, após todo um ciclo de cuidado, entre outros.

A mensuração desse modelo, se dá pela divisão do desfecho pelo custo realizado, segundo Porter e Teisberg (2006), porém para se chegar neste momento, ações precisam ser iniciadas, evoluídas e concretizadas, pois somente desta forma, haverá dados que poderão ser traduzidos em desfecho clínico do paciente.

Quando analisado todo o percurso traçado pela cooperativa em questão, é possível notar que os primeiros passos já foram dados. A implantação de um modelo que auxilia no cumprimento de premissas fundamentais na assistência médica, resultará em um processo com mais qualidade, bem como, em um incentivo na melhoria por meio de uma remuneração adicional ao médico cooperado.

Encontros regulares com esses cooperados, a fim de evitar qualquer ruído no processo, e a disposição para sanar dúvidas relacionadas aos indicadores criados, bem como a forma como ele seria avaliado, foram oferecidos pelos líderes, responsáveis pela implantação dessa demanda.

Houve o cuidado ainda, em assegurar ao cooperado de que o fato de estar acontecendo a implantação, não deixariam os indicadores engessados, tornando assim a comunicação com o cooperado mais amena e transparente.

Os elementos essenciais encontrados, compartilham a importância de se definir indicadores que façam reflexo ao processo como um todo, bem como, incentivem o cooperado, ator principal nesse projeto, de sua importância e necessidade de aderência.

Desta forma, este estudo identificou alguns elementos essenciais que possibilitarão futuramente, que essa cooperativa evolua para uma implantação de modelo de remuneração

baseado em valor, onde o foco está na centralidade do paciente, em constatar de fato, se houve valor agregado a saúde dele.

Como esse estudo acompanhou a primeira etapa realizada pelo recurso próprio na construção desse modelo, recomenda-se que em estudos futuros, a evolução e alteração de *status*, possa ser revisitada e assim, contribuir mais ainda com demais cooperativas que externarem a vontade de migrar para o modelo *fee for value*.

O apoio dos 7 entrevistados, resultou em uma contribuição prática, uma vez que uma parte deste grupo, era composto pela equipe que iniciou a implantação do projeto e a outra parte, contava com os médicos cooperados que por sua vez, puderam externar suas percepções acerca de um projeto que é voltado para a melhoria da qualidade no serviço prestado ao paciente.

De modo geral, foi possível observar os elementos essenciais encontrados nas respostas: Avaliação por meio de NPS, utilização de outros modelos, transparência com os cooperados, indicadores de processos, cultura, recursos, diminuição de desperdício e painel de acompanhamento.

Esteve presente nos níveis de análise propostos pelo estudo como interlocutora do pensamento, percepções individuais, que se manifestaram de diversas formas como: comprometimento de profissionais com a data de início do projeto, estímulo dos demais envolvidos, auxílio nas diversas abordagens a equipe médica, intermediadores entre operação e alta direção, tradução das ações em meios de comunicação, entre outros citados no estudo. Nesse sentido, é possível perceber que, para que se possa alcançar o resultado que a cooperativa em questão conseguiu, sugere-se a continuidade do cumprimento dos elementos essenciais encontrados, além do acompanhamento constante desses indicadores. Recomenda-se ainda, a evolução objetivando o alcance dos elementos encontrados na literatura e *cases* de implementação do modelo.

Tendo em vista os aspectos observados e entendendo a continuidade do estudo a partir das lacunas teóricas que ainda existe quanto ao tema, sugere-se a ampliação das perspectivas, alinhamento dos interlocutores para manutenção do projeto, permitindo assim, com que o modelo de remuneração baseado em valor possa de fato ser implantado.

Para os programas que se iniciarão, sugere-se alinhamentos dos pontos levantados neste estudo.

Referências

- Abicalaffe, C. (2010). Pagamento por Performance por Saúde Business. Recuperado de <https://www.saudebusiness.com/sem-categoria/os-domnios-do-p4p-artigo-5>.
- Abicalaffe, C. (2015). P4P: bônus por desempenho aumenta qualidade e reduz custos, Saúde Business. Recuperado de <https://www.saudebusiness.com/hospitais/p4p-bonus-por-desempenho-aumenta-qualidade-e-reduz-custos>.
- Abicalaffe, C. (2018). De Performance Para Valor, Saúde Business. Recuperado de <https://www.saudebusiness.com/hospitais/de-performance-para-valor>.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (n.d.) Dados Gerais. Recuperado de http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def 2021.
- Agência Nacional da Saúde Suplementar (2019). *Guia para Implementação de modelos de remuneração baseados em valor*. Recuperado de https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf.
- Agência Nacional da Saúde Suplementar (2021). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários por operadora*. Recuperado de http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def.
- Agência Nacional da Saúde Suplementar (2022). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Recuperado de <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Agrwal, N. et al. (2016) Value in health care. In: Skochelak, S. E. et al (ed.) *Health systems science*. Chicago: Elsevier.
- Andreazzi, M. F. S. (2003). Formas de remuneração de serviços de saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Recuperado de https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf.
- Araújo, A. A. S., & Silva, J. R. S. (2018). Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23:8.
- Babbie, E. (1999). *Métodos de pesquisa de survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Balzan, M.V. (2000). O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares. 93 f. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Bardin, L. (2002) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70

- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, Great Britain, (7)1, pp. 99-120.
- Bessa, R. O. (2011). *Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro*. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Beuren, I. M. (2012). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. 3 ed. São Paulo: Atlas.
- Bosko, T., Dubow, M. & Koenig, T. (2016). Understanding value-based incentive models and using performance as a strategic advantage. *Journal of Healthcare Management*, (61) 1, pp. 11-14. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/00115514-201601000-00004>.
- Buck, L. I. (2018). *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. Doi.: 10.11606/D.17.2019.tde-14022019-103451.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed Editora.
- Ferreira, R. A. B & Benicio, M. H, da. (2015). Obesity in Brazilian women: association with parity and socioeconomic status. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (37) 4-5, pp. 337-342.
- Fontenelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H. & Fontenelles, R. G. S. (2014). Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia*. Unama, Manaus.
- Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed. p. 196.
- Holstein, M. X. (2018). Percepção dos gestores de empresas de saúde suplementar de porto alegre sobre os diferentes modelos de remuneração assistencial. Dissertação de Mestrado e Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. (2022). What matters most, patient outcomes and the transformation of health care. Recuperado de <https://www.ichom.org/why-measure-outcomes/#vb-payment>.
- Jegers, M. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), pp. 255-273.
- Kaplan, R. S. & Porter, M. E. (2011). The big idea: how to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, Boston, (89) 9, pp. 46-61. Recuperado de <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>.
- Kaplan R. et al. (2015). Os prestadores de cuidados de saúde precisam de um escritório de gerenciamento de valor. Recuperado de <https://hbr.org/2015/12/health-care-providers-need-a-value-managementoffice>.

- Katz, M., Franken, M. & Makdisse, M. (2017). Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. *Journal of the American College of Cardiology*, (70) 7, p. 904-906. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.06.050>.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber*. Belo Horizonte: UFMG, 340.
- Mattar, F. N. (2001). *Pesquisa de marketing*. 3a ed. São Paulo: Atlas.
- Mayes, R. (2011). Moving (realistically) from volume-based to value-based health care payment in the USA: Starting with Medicare payment policy. *Journal of Health Services Research and Policy*. (16) 4, pp. 249-251. Recuperado de <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010151>.
- Mendes, E. V. (2019). Desafios do SUS. Brasília: CONASS. Recuperado de <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>.
- Miller, H. D. (2017). 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.
- Morais, V. A. (2014). *O que é fee for value, afinal?* Recuperado de <https://www.saudebusiness.com/mercado/o-que-fee-value-afinal>.
- Noronha, M. F. et al. (1991). O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública* [online] (25) 3, pp. 198-208. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300007>.
- Okazaki, R. (2006). Identificação 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. 2006. 130f. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Pedroso, M. C. & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, (17) 10, p. 2757-2772. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000024&lng=en &nrm=iso.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage*. New York: Free Press.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363, pp. 2477-2481.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. *Harvard Business School Press*.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). How Physicians Can Change the Future of Health Care. *Jama*. (10) 297, pp. 1103-1111.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Editora Bookman.

- Porter, E. M. & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care? *Harvard Business Review*, (91) 10, pp. 01-10.
- Porter, M. E. & Kaplan, R. S. (2015). How should we pay for health care? *Harvard Business School*, pp. 15-41.
- Quinn, K. (2015). The 8 basic payment methods in health care. *Annals of Internal Medicine*. (163) 4, p. 300-306. Recuperado de <https://doi.org/10.7326/M14-2784>.
- Ransom, S. (1999). "Enhancing Physician Performance." In: *Clinical Resource and Quality Management* (Ed. Ransom & Pinsky), pp. 139-169. Tampa, FL: American College of Physician Executives.
- Robinson, J. C. (2001). Theory and Practice in the design of physician payment system. *The Milkbank Quartely*, 79 (2), pp. 149-173.
- Stake, R. E. (1995). The art of case study research. Thousand Oaks.
- Suleiman, M. et al. (2019). Bayesian logistic regression approaches to predict incorrect DRG assignment. *Health Care Manag Sci* (22), pp. 364-375. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10729-018-9444-8>.
- The Economist Intelligence Unit Limited. (2016). Value-based healthcare: A global assessment. The Economist. Recuperado de <https://https://impact.economist.com/perspectives/health/value-based-healthcare-global-assessment-0>.
- The Economist Intelligence Unit Limited. (2019). Value-Based Healthcare In Sweden The Economist. Recuperado de <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/value-basedhealthcareinswedenreachingthenextlevel.pdf>.
- Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, (3), pp. 20-27.
- Ugá, M. A. D.; & Lima, S. M. L. (2013). Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 4, p. 135-168. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-05.pdf>.
- Unimed do Brasil. s.d. Recuperado de <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>.
- Unimed do Brasil. (2022). *Catálogo Nacional de Recursos e serviços próprios*. MB.040 - Versão 07.
- Unimed do Paraná. (2022). *Relatório anual de Indicadores Sistema Unimed do Paraná ano base: 2021*. Paraná.

- Unimed Ponta Grossa. (2022). Recuperado de <https://www.unimed.coop.br/site/web/pontagrossa/sobrenos>.
- Unimed Ponta Grossa. (2022). Recuperado de https://www.unimedpg.com.br/hgu/acreditacao_hospitalar.php.
- Unimed Ponta Grossa. (2022). Recuperado de <https://www.unimedpg.com.br/hgu/historia.php>.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Weiss, E. N. & Gonce, A. (2001). Case Study: Six Sigma (FX) Cascade. *Harvard Business Review*. Recuperado de <https://hbr.org/product/six-sigma-f-xcascade/UV3551-PDF-ENG>.
- Wernerfelt, Birger. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, Chicago, v. 5, n. 2, pp. 171-180.
- Wolf, J. A. et al. (2014). Defining patient experiences. *Patient Experience Journal*, v. 1, Iss 1, Article 3.
- Zucchi, P., Nero, C. D. & Malik, A. M. (2000). Gastos em Saúde: Os Fatores que Agem na Demanda e na Oferta dos Serviços de Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 9, n. 1- 2, pp. 127-15.

Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1) Com base na literatura, alguns dos elementos essenciais identificados no modelo de remuneração baseado em valor, que fazem referência a experiência do paciente, são: Qualidade de vida, capacidade funcional, cura, diminuição da dor, entre outros. No modelo implantado no Hospital Geral Unimed (HGU), esses elementos são convergentes?
- 2) Quais são os elementos essenciais que contribuem com a eficiência, no modelo de remuneração implantado no hospital?
- 3) A Qualidade, de acordo Pedroso e Malik (2012) contempla adição de valor econômico aos processos. É possível identificar melhorias após a implantação do modelo? Como?
- 4) Abicalaffe (2018), cita que existe a necessidade de acompanhamento e medição da qualidade. Como o Hospital realiza essas medições?
- 5) Quais são os elementos essenciais para a implantação de modelos remuneração baseados em Valor? Pode exemplificar?
- 6) Quais são as barreiras para a implantação de modelos remuneração baseados em Valor? Pode exemplificar?
- 7) Houve alguma alteração no comportamento por parte dos médicos cooperados, após a implantação do modelo? Se sim, é possível citar alguns exemplos?
- 8) Vocês utilizaram algum autor da literatura como referência para início do Projeto?
- 9) Quais recursos serão necessários para implantar este modelo de remuneração baseado em valor na Cooperativa médica?
- 10) Já houve reflexo no pagamento de variável aos médicos que apresentaram desfecho clínico favorável? Se sim, qual é o % médio?

Anexo A – Guia rápido para cooperados




guia rápido

para COOPERADOS

HOSPITAL GERAL

Unimed 
Ponta Grossa

Tudo que você precisa saber sobre a nova bonificação do HGU

boas vindas

A cooperativa fez um estudo detalhado para estruturar uma nova forma de bonificação para os cooperados que atuam no Hospital Geral Unimed (HGU) com pacientes internados.

Para isso, foi montada uma cesta de indicadores, estabelecidos a partir de critérios estratégicos e, para cada um deles, foram atribuídos pesos, que irão compor a pontuação para a bonificação.

A nova bonificação é sustentada em três dimensões: experiência, eficiência e qualidade, com o objetivo de garantir uma assistência mais eficaz, mais segura e mais transparente, tanto para pacientes do hospital quanto para os cooperados.

A partir da cesta de indicadores construída para este fim, o cooperado que atua no HGU poderá ter 30% de bonificação sobre o valor que já recebe pela atuação no hospital.

Com linguagem simples e objetiva, este e-book foi preparado especialmente para um melhor entendimento sobre o cálculo e o funcionamento da nova bonificação.

Boa leitura!

guia
rápido
para COOPERADOS

elegibilidade

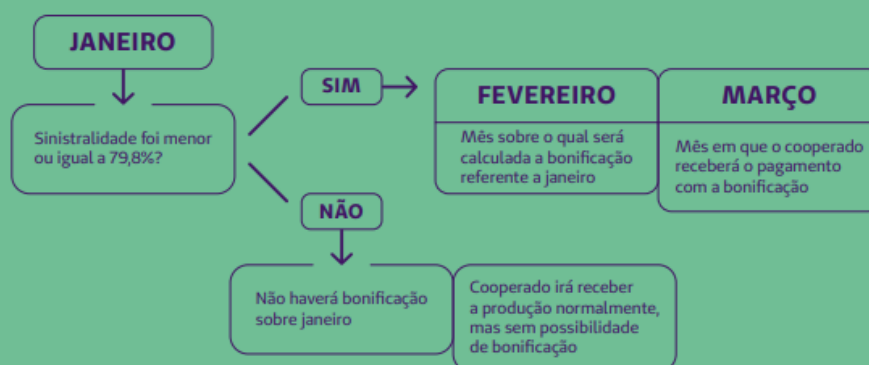


Para que haja a possibilidade de bonificação, o pré-requisito essencial é a taxa de sinistralidade, que precisa ser menor ou igual a prevista/orçada para o ano (79,8%).

Funciona assim: os dados dos indicadores do mês anterior (sinistralidade + eficiência) qualificam ou não a bonificação para o mês seguinte.

SINISTRALIDADE: é o custo assistencial, resultado imediato da utilização dos planos de saúde, seja por cirurgias, consultas ou exames. É a porcentagem de quanto é gasto com assistência à saúde em toda a carteira de beneficiários.

Por exemplo:



cesta de indicadores

ASPECTOS GERAIS

É constituída por três dimensões e, cada uma delas, abriga um ou mais indicadores, que são aplicáveis a todas as especialidades ou a especialidades específicas.

CATEGORIAS: cirurgião, obstetra, anestesista, pediatra neonatologista (sala de parto) e clínico (demais especialidades).

DIMENSÃO EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

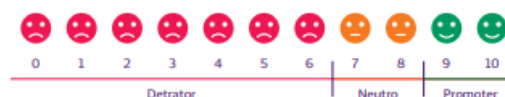
Indicador: NPS – pesquisa de satisfação aplicada aos pacientes internados, após a utilização dos serviços do HGU, contemplando avaliação sobre atendimento, assistência e estrutura.

Meta: índice de satisfação geral maior que 50%

Entenda o NPS

Desde o ano passado, todos os pacientes que utilizam os nossos recursos próprios recebem uma mensagem via SMS com uma pesquisa de satisfação para cálculo do NPS (Net Promoter Score).

Ele avalia, em uma escala de 0 a 10, o quanto o respondente recomenda uma determinada empresa, produto ou serviço para amigos, familiares ou colegas.



$$\text{😊 \%} - \text{😞 \%} = \text{NPS}$$

Zonas de classificação:

- NPS de -100 a 0 – zona crítica
- NPS de 1 a 50 – zona de aperfeiçoamento;
- NPS de 51 a 75 – zona de qualidade;
- NPS de 76 a 100 – zona de excelência.

• **Clientes Detratores** – aqueles que criticam a empresa em público e não voltariam a fazer negócio com a cooperativa, exceto em situações extremas.

• **Clientes Neutros** – aqueles que não são leais e não são entusiastas/defensores da cooperativa.

• **Clientes Promotores** – aqueles que são leais, oferecem feedbacks e são entusiasmados/defensores da cooperativa.

DIMENSÃO EFICIÊNCIA

Indicador: Tempo de permanência realizado

Meta: Tempo menor ou igual ao previsto no DRG, em todos os atendimentos

Indicador: Readmissão em 30 dias

Meta geral: melhorar em 30% o índice geral de 2018 (DRG).

Meta por especialidade:

clínico $\leq$ 4,48% (DRG 2018 = 6,40%)

cirurgião $\leq$ 1,96% (DRG 2018 = 2,80%)

obstetra $\leq$ 1,30% (DRG 2018 = 1,85%)

Indicador: Check-list pré-procedimento na sala de cirurgia (time-out)

Meta: 100% (realização)

Indicador: Alta da REPAI

Meta: 100% (realização)

Indicador: Gráfico anestésico (PEPO)

Meta: 100% (até 45 minutos após término do procedimento)



Indicador: Descrição cirúrgica

Meta: 100% (até 4 horas após término do procedimento)

Indicador: Partograma

Meta: 100% (até 12 horas após término do procedimento)

DIMENSÃO QUALIDADE

Indicador: Relato de não-conformidade (RNC)

Meta: 0 (zero/nenhum confirmado)

Indicador: Taxa de parto adequado*

Meta: redução de 20% da média registrada no primeiro semestre (DRG)

*ver mais detalhes na página 10

Indicador: Sumário de alta

Meta: 100% (realização)

Cesta de Indicadores

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Clinico	Cirurgião	Obstetra	Anestesiista	Pediatra Neonatologista
Experiência do paciente	NPS - pacientes internados (geral) - pesquisa de satisfação	> 50%	10 pontos	10 pontos	10 pontos	10 pontos	
Eficiência	Tempo de permanência (realizado/previsto) - DRG	<= 100% previsto DRG	25 pontos	20 pontos			
	Readmitido em 30 dias - 2018 (6,4% clínico / 2,8% cirúrgica / 1,85% obstétrica) - DRG	< 30% de 2018 DRG Clínico <= 4,48% Cirurgião <= 1,96% Obstetra <= 1,3%	5 pontos	5 pontos	5 pontos		
	Time Out	100%		10 pontos	10 pontos	25 pontos	
	Alta da REPAI	100%				25 pontos	
	Gráfico anestésico	100%				20 pontos	
	Descrição cirúrgica	100%		5 pontos	5 pontos		
	Partograma	100%			5 pontos		
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	35 pontos	30 pontos	30 pontos	20 pontos	100 pontos
	Taxa de parto adequado	20% > que a média do 1º semestre (10,53%) meta 1º semestre de 2019 >= 12,64%			15 pontos		
	Sumário de alta	100%	25 pontos	20 pontos	20 pontos		
TOTAL			100 pontos	100 pontos	100 pontos	100 pontos	100 pontos

cesta de indicadores

CLÍNICO

Contempla indicadores específicos das três dimensões:

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Clinico
Experiência do paciente	NPS - pacientes internados (geral) - pesquisa de satisfação	> 50%	10 pontos
Eficiência	Tempo de permanência (realizado/previsto) - DRG	<= 100% previsto DRG	25 pontos
	Readmitido em 30 dias - 2018 (6,4% clínico) - DRG	< 30% de 2018 DRG Clínico <= 4,48%	5 pontos
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	35 pontos
	Sumário de alta	100%	25 pontos
TOTAL			100 pontos

cesta de indicadores

CIRURGIÃO

Contempla indicadores específicos das três dimensões:

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Cirurgião
Experiência do paciente	NPS - pacientes internados (geral) - pesquisa de satisfação	> 50%	10 pontos
Eficiência	Tempo de permanência (realizado/previsto) - DRG	<= 100% previsto DRG	20 pontos
	Readmitido em 30 dias - 2018 (2,8% cirúrgica) - DRG	< 30% de 2018 DRG Cirurgião <= 1,96%	5 pontos
	Time Out	100%	10 pontos
	Descrição cirúrgica	100%	5 pontos
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	30 pontos
	Sumário de alta	100%	20 pontos
TOTAL			100 pontos

cesta de indicadores

OBSTETRA

Contempla indicadores específicos das três dimensões.

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Obstetra
Experiência do paciente	NPS - pacientes internados (geral) - pesquisa de satisfação	> 50%	10 pontos
Eficiência	Readmitido em 30 dias - 2018 (1,85% obstétrica) - DRG	< 30% de 2018 DRG Obstetra <= 1,3%	5 pontos
	Time Out	100%	10 pontos
	Descrição cirúrgica	100%	5 pontos
	Partograma	100%	5 pontos
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	30 pontos
	Taxa de parto adequado	20% > que a média do 1º semestre (10,53%) meta 1º semestre de 2019 >= 12,64%	15 pontos
	Sumário de alta	100%	20 pontos
TOTAL			100 pontos

Com relação ao indicador Taxa de Parto Adequado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) considera, para cálculo do IDSS* 2020, uma melhoria de 20%, em relação aos últimos seis meses, na taxa de parto via vaginal para pacientes com Classificação de Robson de 1 a 5.

*O Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) avalia o desempenho das operadoras de plano de saúde. Constituído por indicadores que compõem uma nota de 0 (pior) a 1 (melhor), distribuídos nas dimensões: Qualidade e Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade de Mercado, Gestão de Processo e Regulação. O IDSS demonstra como o mercado está se comportando com relação às questões assistenciais e é parâmetro de avaliação para beneficiários.

cesta de indicadores

ANESTESISTA

Contempla indicadores específicos das três dimensões.

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Anestesiista
Experiência do paciente	NPS - pacientes internados (geral) - pesquisa de satisfação	> 50%	10 pontos
Eficiência	Time Out	100%	25 pontos
	Alta da REPAI	100%	25 pontos
	Gráfico anestésico	100%	20 pontos
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	20 pontos
TOTAL			100 pontos

cesta de indicadores

PEDIATRA NEONATOLOGISTA

Aplicável aos pediatras que atuam na sala de parto e contempla o indicador referente aos relatos de não-conformidade (RNC).

Elegibilidade - % Sinistralidade - menor ou igual a 79,8%



Dimensões	Indicadores	Metas	Pediatra Neonatologista
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	100 pontos
TOTAL			100 pontos

cálculo da bonificação

A taxa de repasse irá depender da quantidade de pontos que o cooperado contabilizar no período, dentro dos indicadores que se aplicam à sua respectiva especialidade.

A bonificação poderá resultar em ganho **total ou parcial**.

Existem duas porcentagens para bonificação:

Cooperado que contabilizar 100 pontos = 130% de taxa de repasse, sendo: 100% é o que ele já iria receber pela produção/atuação no HGU + 30% de bonificação

Cooperado que contabilizar de 90 a 99 pontos = 115% de taxa de repasse, sendo: 100% é o que ele já iria receber pela produção/atuação no HGU + 15% de bonificação

CÁLCULO DE GANHO PARCIAL

% Fora de Meta	% da Pontuação
Até 9%	80%
10% até 19%	70%
> 20%	0%

(cálculo aplicado para cada indicador, individualmente)

Pontos	Taxa Repasse
100 pontos	130%
> = 90	115%
< 90	100%

Veja o exemplo do Dr. X, que é cirurgião:

Dimensões	Indicadores	Metas	Atingida?	Pontuação
Experiência do paciente	NPS	> 50%	Sim	10 pontos
Eficiência	Tempo de permanência - DRG Realizado: 11,5 dias	Previsto: 10 dias (DRG)	Parcialmente (90%). De 10 atendimentos realizados, 1 não atingiu o tempo previsto	14 pontos (70% da pontuação total)
	Readmitido em 30 dias - 2018 (2,8% cirúrgica) - DRG	<= 1,96%	Sim	5 pontos
	Time Out	100%	Sim	10 pontos
	Descrição cirúrgica	100%	Sim	5 pontos
Qualidade	RNC (Relato de não-conformidade)	0	Sim	30 pontos
	Sumário de alta	100%	Sim	20 pontos
	TOTAL			94 pontos
Bonificação				115%

Ao cooperado que contabilizar menos de 90 pontos será repassado o valor que ele já iria receber pela produção/atuação no HGU, sem o adicional da bonificação.

tira-dúvidas



A cooperativa criou um contato exclusivo para o esclarecimento das dúvidas sobre a nova bonificação do HGU.

Em breve, uma FAQ (Perguntas Frequentes) será disponibilizada e divulgada aos cooperados.

Tem dúvidas sobre a bonificação? Envie um e-mail para:

bonificacao@unimedpg.com.br



Fonte: Ponta Grossa. (2023). Guia para cooperados.

Anexo B – Dashboard Unimed Ponta Grossa – Indicador Bonificação

Indicador Bonificação

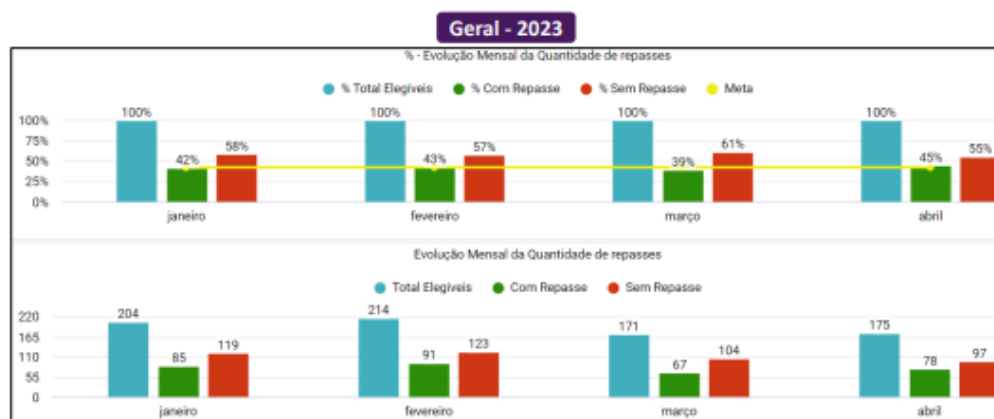
Gestão Clínica

Nº de Slides: 7





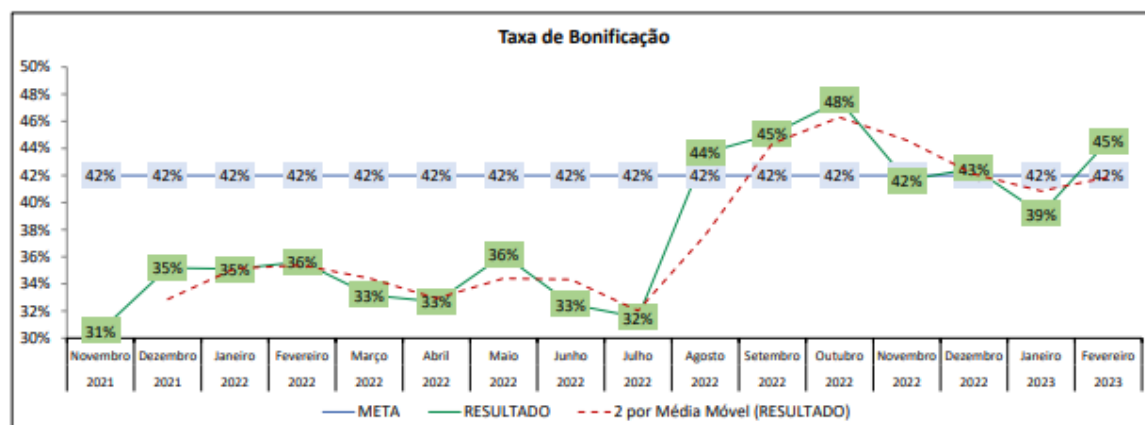
Indicador de Resultado



Fonte: Weknow (dados retirados em 24/03/2023)

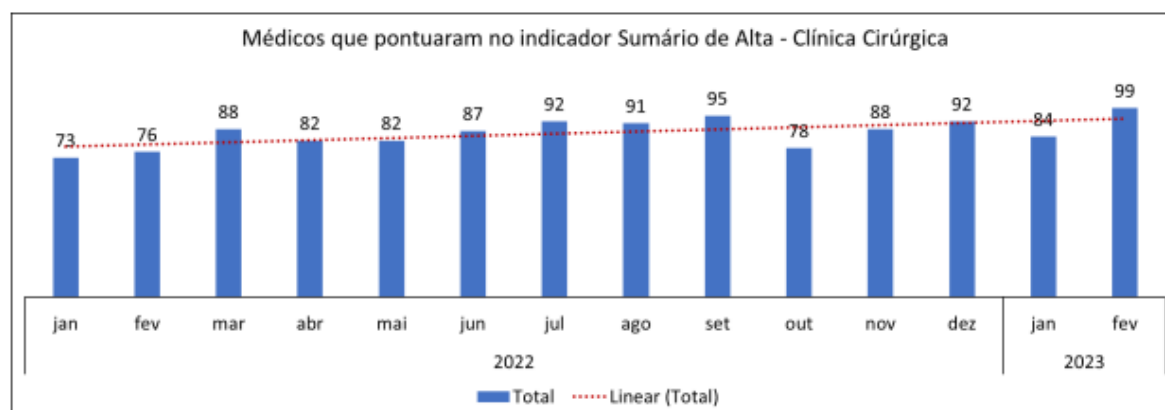
Pagamento 2 meses após o atendimento. Abril 2023 se refere ao mês de Fevereiro 2023.

Indicador de Resultado



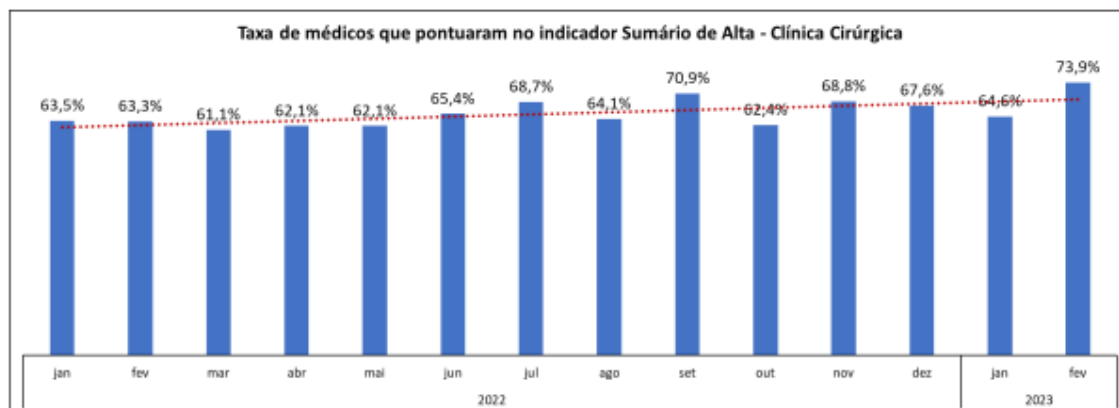
Desdobramento Indicador de Resultado

Médicos que pontuaram por mês no indicador Sumário de Alta da Clínica Cirúrgica



Desdobramento Indicador de Resultado

Taxa de médicos que pontuaram por mês no indicador Sumário de Alta da Clínica Cirúrgica (total de médicos que pontuaram no indicador na clínica / total de médicos elegíveis na clínica)

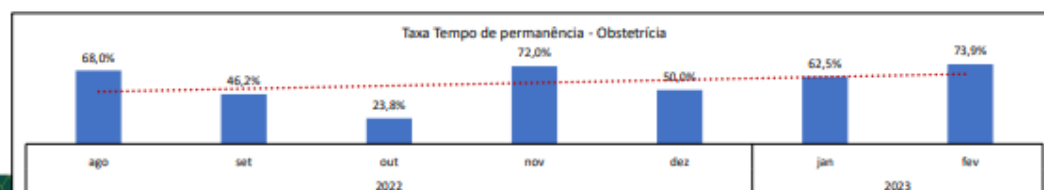


Desdobramento Indicador de Resultado

Médicos que pontuaram por mês no indicador Tempo de Permanência da Clínica Obstetrícia



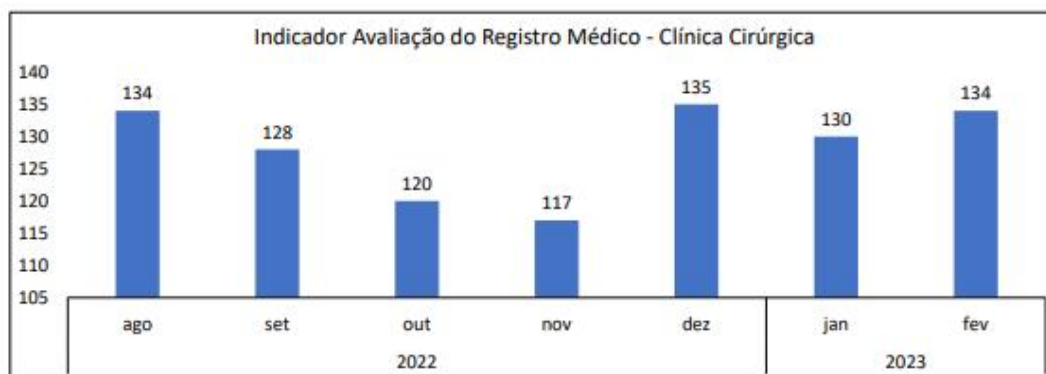
Do total de médicos elegíveis, a taxa dos médicos que pontuaram em comparação com o total de médicos elegíveis



Desdobramento Indicador de Resultado

Em agosto foi inserido indicador Avaliação do Registro Médico. Contribuindo para o aumento significativo de Julho para agosto na bonificação.

Total de médicos que receberam bonificação por mês no indicador de Avaliação do Registro Médico na clínica Cirúrgica.



Anexo C – Resolução SESA Número 926/2020**RESOLUÇÃO SESA Nº 926/2020**

Dispõe sobre a suspensão temporária da realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos ambulatoriais e hospitalares, em face da escassez de medicamentos anestésicos e relaxantes musculares no Estado do Paraná.

O **Secretário de Estado da Saúde**, gestor do Sistema Único de Saúde do Paraná, no uso da atribuição que lhe confere o art. 4º, incisos VI e XIII, da Lei Estadual nº 19.848, de 3 de maio de 2019 e o art. 8º, inciso IX, do anexo 113060_30131, do Decreto Estadual nº 9.921, de 23 de janeiro de 2014, Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, além do disposto na Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001, Código de Saúde do Estado, e;

Considerando:

- A Seção II, Capítulo II, do Título VIII, da Constituição Federal;
- As disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;
- O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- O Decreto Federal nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, que promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional;

GABINETE DO SECRETÁRIO
Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400 Fax: 3330-4407
www.saude.pr.gov.br - saude@saude.pr.gov.br

Inserido ao Documento 79622 por Maíra Lathena Ribeiro Borges em: 24/07/2020 18:52. Assinado digitalmente por: Carlos Alberto Gebelin Presto em: 24/07/2020 18:20. Para mais informações acesse: <http://www.eprotocolo.pr.gov.br/signet/validarAssinatura.do> e informe o código: d148ba0d64444a4920a3a96619d8123



- A Portaria GM/MS nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus;

- A situação de pandemia pelo coronavírus causador da doença denominada Covid-19, anunciada pela Organização Mundial da Saúde – OMS no dia 03 de março de 2020;

- O poder atribuído ao Gestor Estadual em sua esfera administrativa de requisitar bens e serviços em casos decorrentes de irrupção de epidemias para atendimento de necessidades coletivas urgentes, conforme disciplinado pelo artigo 15 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

- A Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;

- O Decreto Estadual nº 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID-19;

- O Decreto Estadual nº 4.298 de 19 de março de 2020, que declara situação de emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - Doenças Infeciosas Virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19;

- O Decreto Estadual nº 4.319, de 23 de Março de 2020, declara o estado de calamidade pública, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus – COVID-19;

- A Resolução SESA nº 338, de 20 de março de 2020, que regulamenta o disposto nos arts. 1º, 2º, 3º, 10, 13 e 15 do Decreto Estadual nº 4.230, 16 de março de 2020, para implementar medidas de enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do Coronavírus – Covid-2019;

GABINETE DO SECRETÁRIO
Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400 Fax: 3330-4407
www.saude.pr.gov.br - gabinete@saude.pr.gov.br

Inserido no Documento 79622 por Maíra Lehen Ribeiro Borges em: 24/07/2020 18:52. Assinado digitalmente por: Carlos Alberto Gebelin Presto em: 24/07/2020 19:20. Para mais informações acesse: <https://www.e-proto.coil.pr.gov.br/protocolo/validarAssinatura.do> e informe o código: 4168b2cd44646a64ba250ca3661968133



- Considerando que no Estado do Paraná, neste momento, há a escassez de medicamentos anestésicos e relaxantes musculares nos estoques do CEMEPAR, nos hospitais públicos e privados, bem como no mercado fornecedor, inviabilizando compras imediatas para reposição:

RESOLVE:

Art. 1º Suspender temporariamente a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos hospitalares, em face da escassez de medicamentos anestésicos e relaxantes musculares, visando a otimização do estoque existente e preservando sua utilização para terapias intensivas e emergenciais, bem como controlando a ocupação de leitos de UTI.

§ 1º O disposto no caput deste artigo não se aplica aos procedimentos de cardiologia, oncologia e nefrologia.

§ 2º O disposto no caput deste artigo não se aplica a exames considerados necessários, em caráter de urgência, pelo médico prescritor.

§ 3º O disposto no caput deste artigo não se aplica aos procedimentos a serem realizados em âmbito ambulatorial.

§ 4º O disposto no caput deste artigo não se aplica aos procedimentos que, a critério médico, sejam considerados de urgência ou emergência.

Art. 2º A suspensão determinada pela presente Resolução fica condicionada à situação de desprovisionamento de medicamentos anestésicos e relaxantes musculares no estoque do Estado, causada pela Emergência de Saúde Pública no Paraná e pelo enfrentamento da Pandemia da Covid-19, devendo ser revogada, posteriormente, por novo ato do gestor.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, em 24 de julho de 2020.

Carlos Alberto Gebrim Preto
Secretário de Estado da Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO
Rua Piquet, 170 - Rebouças - 80.230-140 - Curitiba - Paraná - Brasil - Fone: (41) 3330-4400 Fax: 3330-4427
www.saude.pr.gov.br - gabinete@saude.pr.gov.br

Inserido no Documento 79622 por Maíra Lehen Ribeiro Borges em: 24/07/2020 18:52. Assinado digitalmente por: Carlos Alberto Gebrim Preto em: 24/07/2020 19:20. Para mais informações acesse: <https://www.e-proto.coop.br/ver/validarAssinatura.do> e informe o código: 4168b2cd44646a48a250ca3661968133