

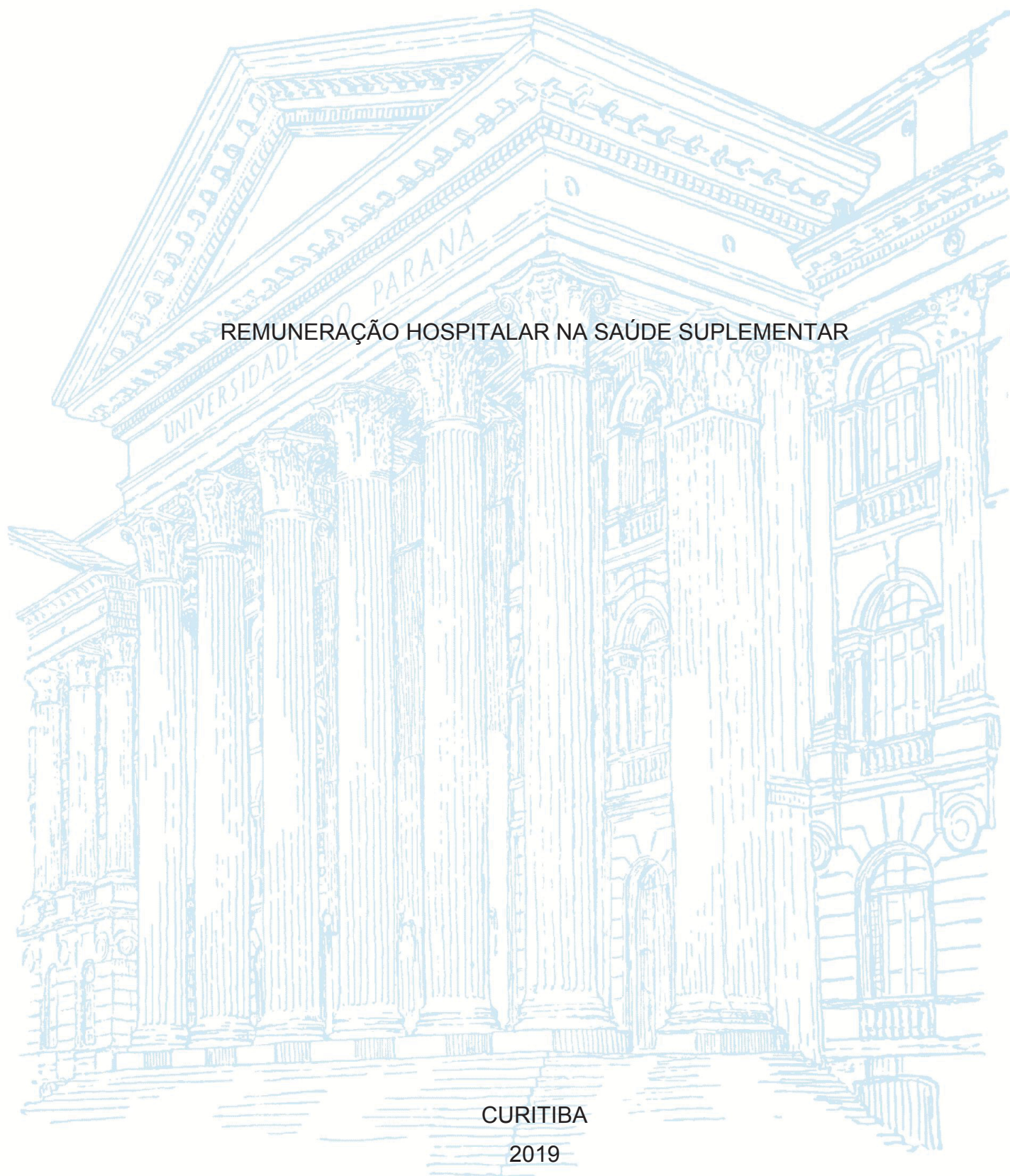
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCILA CRISTINA GONÇALVES CARDOSO

REMUNERAÇÃO HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

CURITIBA

2019



LUCILA CRISTINA GONÇALVES CARDOSO

## REMUNERAÇÃO HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação Lato-Sensu Gestão da Saúde, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Carmen Elizabeth Kalinowski

CURITIBA

2019

## RESUMO

Estudos apontam o crescimento dos custos em saúde, que podem gerar situações distintas no atendimento ao cidadão, no presente estudo os funcionários de uma empresa estatal paranaense que oferece por intermédio de uma fundação um plano de saúde na modalidade de autogestão. Frente a situações levantadas de reclamações de atendimento por parte dos beneficiários do plano, e a falta de negociação, atrelada a renovação de contrato, o que gerou situação de não aumento no valor de procedimentos prestados, optou-se nesta operadora de plano de saúde propor a criação de uma metodologia própria de remuneração, que poderá ser utilizada quando da renovação negocial dos contratos entre as partes. Para atender a este objetivo, será necessária a criação de um comitê técnico que deverá além de estabelecer esta metodologia de remuneração, assessorar a diretoria quando necessário, procurando atender a sua missão de sempre que é oferecer serviços que atendam com qualidade seus beneficiários.

Palavras-chave: Custos em saúde, Remuneração Hospitalar, Qualidade.

## **ABSTRACT**

Studies point to the growth of health costs, which can generate different situations in the service to the citizen, in the present study, the employees of a Paraná State Company that offers through a foundation a health plan in the modality of self-management. Faced with situations raised by the beneficiaries of the plan, and the lack of negotiation, coupled with the renewal of the contract. Which generated situation of non-increase in the value of the procedures provided, it was decided in this health plan operator to propose the creation of an own remuneration methodology, which may be used when negotiating the agreements between the parties. In order to meet this objective, it will be necessary to create a technical committee which, in addition to establishing this remuneration methodology, advises the board of directors when necessary, seeking to fulfill its mission whenever it is to offer services that meet their beneficiaries with quality.

Key words: Health costs, Hospital Remuneration, Quality.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – CRONOGRAMA IMPLANTAÇÃO DE PROPOSTA.....	23
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBHPM	- Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COTAQ	- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
DICQ	- Sistema Nacional de Acreditação
FEMIPA	- Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná
FFS	- <i>Fee For Service</i>
Fipe Saúde	- Índice de Preços ao Consumidor – despesas com saúde
IDSS	- Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar
IPCA	- Índice de Preços ao Consumidor
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MS	- Ministério da Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
QUALISS	- Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SaneSaúde	- Plano de Saúde da Fundação Sanepar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
1.1	APRESENTAÇÃO	8
1.2	OBJETIVOS	9
1.2.1	Objetivo Geral	9
1.2.2	Objetivos Específicos	9
1.3	JUSTIFICATIVA	9
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>11</b>
2.1	SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	11
2.2	LEI Nº 9656/98 DE 03.06.1998	12
2.3	AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE (ANS)	13
2.4	MODALIDADE DAS OPERADORAS	14
2.5	MODELOS DE REMUNERAÇÃO	15
2.5.1	Fee for service	16
2.5.2	Pagamento por Performance:	16
2.5.3	Pagamento por Episódios (Bundles Payment):	16
2.5.4	Pagamento por Orçamento Global Ajustado:	17
2.5.5	Modelos de Capitação:	17
2.6	QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços da Saúde.	17
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b>	<b>20</b>
3.1	DIAGNÓSTICO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	20
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	21
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b>	<b>23</b>
4.1	PROPOSTA TÉCNICA	23
4.1.1	Plano de implantação	23
4.1.2	Recursos	24
4.1.3	Resultados esperados	24
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	25
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

A Fundação Sanepar tem como missão proporcionar a saúde e benefícios previdenciários, contribuindo com a qualidade de vida da família sanepariana. É autogestora do Plano de Saúde SaneSaúde que tem como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças de seus beneficiários, através do atendimento médico, hospitalar e odontológico, em conformidade com o estabelecido no regulamento do Plano e na Lei 9.656/98. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2019).

Diversos itens oneram de forma significativa os custos na área da saúde: incorporação de novas tecnologias, tanto de medicamentos como de materiais e equipamentos; envelhecimento da população e acesso a prestadores hospitalares em algumas regiões, entre outros. Por outro lado, prestadores de serviços e operadoras vivem em constante conflito e negociação sobre os valores que atendam as necessidades de cada uma. Entretanto, há uma negociação difícil entre as prestadoras de serviços e operadoras, devido a lucratividade que cada uma espera. O fato é que tanto os prestadores de saúde quanto as operadoras devem se atentar não só na saúde do indivíduo e ou família, mas procurar situações de melhoria de qualidade de vida. E, além de focar no lucro, como é a remuneração hospitalar atualmente em nosso país, que prevalece na sua maioria o sistema *fee for service* poderiam e alguns o fazem ofertar outras modalidades de atendimento para melhorar as condições de vida dos pacientes, falta o entendimento entre os prestadores de serviços e as operadoras identificar e solicitar este tipo de modalidade na remuneração dos serviços.

O problema do modelo *fee for service*, que explicaremos adiante, é que incentiva a cobrança por volume de procedimentos e não por qualidade, e em muitas situações a remuneração de um determinado procedimento em um hospital X, cuja qualidade e ou resolutividade não foi eficiente, custou o mesmo que num outro hospital Y, cuja qualidade ou resolutividade foi eficiente.

Vale ressaltar a importância de estudarmos outros modelos de remuneração de acordo com a realidade de cada operadora, trata-se de um assunto muito discutido no setor nos últimos anos, no entanto poucos se aventuram na mudança com receio de ousar nesse seguimento. Mas é necessário que os envolvidos no



setor busquem alternativas para darem o primeiro passo e assim garantirmos a sustentabilidade nos próximos anos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar um programa de remuneração ao prestador hospitalar na especialidade que o Comitê entender que será viável, norteado no Programa QUALISS da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Criar um Comitê Técnico para desenvolver o programa;
- Estabelecer os itens que comporão o programa de remuneração;
- Elencar 1 (uma) especialidade para verificar a viabilidade da proposta;
- Definir os critérios do programa QUALISS que serão adotados no programa de remuneração;
- Elaborar formulários de satisfação dos beneficiários em relação à rede credenciada;
- Elaborar formulários de recomendação as prestadoras de serviço;
- Estabelecer os critérios para a qualificação das prestadoras de serviços (pontuação e pesos).

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A Operadora SaneSaúde preocupada com o interesse dos seus beneficiários e frente as frequentes reclamações e posicionamentos dos mesmos em relação a qualidade do atendimento recebido pelas prestadoras de serviço de saúde contratadas, aliada ao aumento de custo dos procedimentos em saúde estar em curva crescente, e pretende utilizar estas informações e outras que possam serem acrescentadas que colaborarem para um canal mútuo de melhoria entre as

partes que compõem um plano de atenção a saúde e espera-se em futuro próximo sejam partes de uma programa de pontuação e remuneração.

Acredita-se que é uma estratégia de incentivo para que o prestador possa alinhar os seus serviços da melhor maneira possível, sempre buscando a qualidade nos serviços prestados para os beneficiários, e, assim, espera-se com esta proposta alinhar os interesses de todos os envolvidos - beneficiários, prestadora e da operadora de saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo utilizou-se, além de uma revisão dos temas em artigos e de documentos da instituição que rege a operadora de saúde, os referenciais disponibilizados em órgãos oficiais que regem as operadoras de plano, como o Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), bem como outros setores que compõem o Sistema Único da Saúde (SUS), o CONASS, como um órgão de representação dos gestores municipais por meio de sua biblioteca digital.

### 2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde suplementar no Brasil passou a ser conceituada a partir da década de 1960 quando houve um crescimento na economia do país e as empresas passaram a oferecer para seus funcionários assistência médica.

No Brasil, o que prevalecia desde a sua estruturação previdenciária da saúde, era o modelo de seguro social, as Instituições de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes institutos representavam seus trabalhadores que por sua vez organizavam e administravam a oferta da saúde, ou seja, compravam a prestação de serviços médicos e hospitalares. Ao mesmo tempo em que iam surgindo as Caixas de Assistências, que de algum modo não utilizaram os serviços da previdência, através de empréstimos ou reembolsos. Com a instalação de algumas empresas no país, surgiram outros tipos de assistências em sistemas próprios. Então as IAPs se unificaram e desagradou os seus beneficiários que alegavam a dificuldade de acesso aos médicos e hospitais. Surgiu a partir disso os credenciamentos dos prestadores de saúde por parte da previdência social. (GONÇALVES, 2014).

De acordo com Carvalho (2015), a Saúde Suplementar no Brasil passou a ser conceituada a partir da década de 1960 quando houve um crescimento na economia do país e as empresas passaram a oferecer para seus funcionários assistência médica.

Na Constituição Federal de 1988, dentre diversos assuntos, nos artigos 196 a 200 trata sobre a SAÚDE, reforçando os direitos humanos universais e dentre eles que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta Carta Magna refere os

atributos legais do poder público, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, além das ofertas dos serviços de saúde que devem estar sob sua responsabilidade, e que as instituições privadas poderão de forma complementar atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

“[...] A Saúde suplementar é a atividade que envolve a operacionalização de planos e seguros privados de saúde. Sua atividade é regulada pelo poder público representado pela Agência Nacional de Saúde (ANS)”. (CARVALHO, 2015).

Assim, pode-se entender que a saúde suplementar é de suma importância e complementar para o sistema brasileiro de saúde, pois o Estado não teria condições de ofertar e/ou financiar as despesas com saúde de todos os cidadãos.

## 2.2 LEI Nº 9656/98 DE 03.06.1998

Na década de 1990 observou-se que houve um crescimento no setor de saúde suplementar, os conflitos e negociações entre operadoras e consumidores eram frequentes e que este setor carecia de regras e limites para que o cidadão pudesse usufruir de seus direitos. Os aspectos mais relevantes da referida Lei 9656/98 são: Em 03.06.1998 foi aprovada a Lei 9656/98, que dispõe sobre os planos de saúde privados (BRASIL. 1998):

- a) Plano referência, fala da cobertura contratual mínima que os planos devem oferecer ao usuário em território nacional;
- b) Carência, é o prazo em que a operadora pode negar atendimento ao usuário, mas depende do tipo de atendimento e da ocorrência, 24 horas é para emergência\urgência, 30 dias para consultas e exames básicos, 180 dias para cirurgias. O tempo máximo é de 180 dias.
- c) Reembolso, define as regras para reembolso, há necessidade de se tratarem de casos de urgência ou emergência, bem como exista a impossibilidade de uso de serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, e que os valores reembolsáveis sejam equivalentes aos preços praticados pela tabela de produtos da operadora – prazo - 30 dias.

- d) Cobertura Parcial Temporária de Lesões e Doenças Preexistentes, a operadora não pode negar o atendimento relacionados a lesões preexistentes
- e) Vigência Mínima e Renovação Automática do Contrato. A renovação é automática a partir do vencimento da vigência inicial. A vigência mínima é de um ano, e proibida a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período até 60 dias - consecutivos ou não, no período de um ano.
- f) Vedação de Discriminação por Idade ou Portadores de Deficiência. É proibido de que as Operadoras não aceitem beneficiários em razão da idade (muito novo, muito idoso) e deficientes, prática normalmente usada das operadoras antes da aprovação da Lei.
- g) Coberturas obrigatórias, na referida lei são listadas as coberturas mínimas obrigatórias.

Observa-se que esta primeira lei negociadora entre as partes, procura definir pontos que naquele momento eram os agravadores entre as mesmas. Importante a conceituação de termos que a referida lei apresenta, porque eles regem os contratos entre os envolvidos na saúde suplementar, através de resoluções normativas acrescidas a lei.

### 2.3 AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE (ANS)

Posteriormente à Lei n. 9656/98, foi aprovada a Lei 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e a sua principal atribuição é o acompanhamento das situações que envolvem a oferta de serviços de saúde por meio de operadoras de plano de saúde.

Sua missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras sete quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

Desde a sua criação, muitas operadoras tiveram suas atividades suspensas, agora basta saber se as operadoras estavam em desacordo ou se a ANS exige demais delas. Mas é fato que as exigências são muitas.

## 2.4 MODALIDADE DAS OPERADORAS

De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada RDC/ANS N.º 39, de 27 de outubro de 2000, as operadoras são classificadas conforme as modalidades descritas a seguir e devem constar no seu estatuto:

### I – administradora

É uma empresa responsável pela administração de planos de assistência à saúde, que são financiadas por outra instituição, denominada operadora. Nesta modalidade, a administradora por não ofertar uma rede própria de serviços de saúde ou referenciada ou credenciada, bem como não ter uma carteira de beneficiários, tem baixo riscos operacionais. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

### II - cooperativa médica;

Deve ser formar como uma Sociedade sem fins lucrativos, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de dezembro de 1971, que rege as instituições neste regime no país. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

### III - cooperativa odontológica;

Sociedade sem fins lucrativos, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de dezembro de 1971, que opera, exclusivamente, planos odontológicos. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

### IV - autogestão;

Empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de

classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

Conforme dados recentes divulgados no site da ANS, o total de beneficiários com assistência médica na saúde suplementar no Brasil é de 47.367.201, sendo que deste total 4.654.350 são beneficiários que estão em planos de saúde na modalidade de autogestão, um número significativo no setor da saúde suplementar. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019).

V - medicina de grupo;

Demais empresas ou entidades que operam planos de saúde. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

VI - odontologia de grupo;

Demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

VII - filantropia.

Entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça e pelos órgãos dos governos estaduais e municipais. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

## 2.5 MODELOS DE REMUNERAÇÃO

De acordo com Abicalaffe (2015) diz que “[...] o modelo de remuneração são os grandes responsáveis por manter o sistema de saúde sustentável ou não”. Esta frase, responde à pergunta que os envolvidos do setor vem discutindo, porque temos que falar sobre remuneração?. Dentre outros motivos, como a falta de qualidade, os recursos cada vez mais escassos, beneficiários que perderam seus

empregos não conseguem pagar por um plano de saúde, novas tecnologias (medicamentos, materiais, equipamentos de última geração), envelhecimento da população, etc.

A seguir discorre-se sobre os principais modelos de remuneração existentes no mercado:

#### 2.5.1 Fee for service

O sistema *fee for service*, é o pagamento por serviços prestados, é o modelo mais tradicional e presente nos serviços de saúde brasileiros. Criado na década de 1930 nos EUA (United States for America) tem as seguintes características: a remuneração é feita após a realização de todos os procedimentos e cuidados que o beneficiário teve naquela instituição sejam consulta, exames, procedimentos cirúrgicos, procedimentos de enfermagem, além dos recursos como materiais hospitalares e de enfermagem, de hotelaria, entre outros, os medicamentos. Também são remunerados pelo uso da estrutura física como as taxas de sala, uso de equipamentos, gases medicinais. Todos estão previamente definidos em uma tabela e compõem os acordos entre a operadora e a prestadora, na forma de um contrato. (COELHO, 2017).

#### 2.5.2 Pagamento por Performance:

É a remuneração idêntica a ffs acrescida de um adicional que deve representar a qualidade dos serviços prestados, também devem estar previamente acordados entre as partes.

#### 2.5.3 Pagamento por Episódios (Bundles Payment):

O pagamento por condição clínica durante todo um ciclo de cuidado, remunerando todas as necessidades e serviços para a atenção ao paciente com determinada condição clínica. Tudo o que acontecer é de responsabilidade – assistencial e de custos – do prestador. (PARANÁ. Femipa, 2018).



#### 2.5.4 Pagamento por Orçamento Global Ajustado:

Pagamento por orçamento global mensal com base no histórico de pagamentos a este hospital no ano anterior. O pagamento é fixo e independente dos atendimentos. Ajustes são necessários para garantir que não haja o risco de aumento de demanda ou complexidade, comprometendo a saúde financeira do prestador. (PARANÁ. Femipa, 2018).

#### 2.5.5 Modelos de Capitação:

Pagamento por vida assistida numa área de abrangência ajustada pelo risco. Todo o atendimento é prestado, independente do volume e complexidade. Neste modelo, os profissionais/prestadores são responsabilizados pelas escolhas que são feitas aos pacientes e o ganho da eficiência fica todo como prestador. (PARANÁ. Femipa, 2018).

A ANS criou um grupo técnico para discutir sobre os modelos de remuneração, o GT Remuneração conta com a participação dos envolvidos do setor, operadoras, entidades médicas e prestadores de serviços. De acordo com o diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial da ANS, Daniel Pereira, falou sobre o objetivo da Agência. Segundo ele, “[...] cabe à ANS conduzir o setor rumo às melhores práticas, de forma a caminharmos juntos, visando à melhoria constante da prestação do serviço e sustentabilidade do setor.” (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

Frente à percepção que gestores de operadoras querem a seus beneficiários, bem como a redução dos custos e dos gestores das prestadoras que querem um aumento no custo dos serviços prestados, e também é da operadora SaneSaúde, espera-se que com este estudo traçar caminhos que possam contribuir neste debate, e mudar uma cultura da valoração e da remuneração por procedimentos.

#### 2.6 QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços da Saúde

O QUALISS, programa da ANS que visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade das informações sobre qualidade dos serviços

prestados. O objetivo do programa é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários dos planos de saúde e sociedade em geral. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

O referido programa foi estabelecido pela RN 405, de maio de 2016, que estabelece atributos para a qualificação assistencial oferecida pelos prestadores de serviço: acreditação, segurança do paciente, qualificação profissional, monitoramento da qualidade por meio de indicadores, entre outros. Estabelece também o conhecimento prévio dos atributos, bem como a divulgação e acesso dos resultados seja pelos beneficiários e/ou pelas operadoras.

O QUALISS conta com um Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial, denominado COTAQ, que tem a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento dos critérios.

Para a execução do QUALISS, a ANS requer e conta com a participação de entidades participantes, na elaboração, coleta e consolidação de dados, que posteriormente serão consolidados e divulgados, esta participação por parte das prestadoras é de forma voluntária. Os atributos de qualificação divulgados pelo Programa QUALISS são vários, e dentre eles: Acreditação; Projetos de Indução da Qualidade; Segurança do Paciente, que serão sugeridos ao Comitê para compor o projeto.

A Acreditação é um processo periódico e voluntário de reconhecimento por uma organização civil independente, especializada em normas técnicas que atendam as condições para saúde, e demonstra competência para realizar suas atividades com segurança, dentro de padrões de excelência de atendimento ao usuário. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

São vários os programas de acreditação que fazem parte do programa QUALISS: Sistema Nacional de Acreditação (DICQ), Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission Internacional* (JCI), etc. No entanto cada tipo de acreditação é para uma determinada classe de prestadores, como exemplo o DICQ que é exclusivamente para laboratórios. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

Os Projetos de indução de Qualidade são os criados e propostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em parceria com instituições reconhecidas em suas respectivas áreas de atuação, com adesão voluntária dos prestadores de saúde e que visam o aperfeiçoamento dos modelos de assistência à saúde,

aumentando a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

São 03 (três) os programas de indução de qualidade: Idoso bem cuidado, Oncorede e Parto Adequado.

Segurança do Paciente: Desde 2013, o Brasil conta com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que visa um atendimento seguro e de qualidade para pacientes em todos os estabelecimentos de saúde. Para tanto, o PNSP promove a implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente, envolvendo os pacientes e familiares nessas ações e, ao mesmo tempo, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

A entidade responsável por este programa é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

Dentre estes atributos de qualificação, será sugerido ao Comitê proposto neste estudo, a utilização dos 03, Acreditação, Segurança do Paciente e Projeto de indução de Qualidade.

Os dados dos atributos de qualificação do Programa QUALISS ficam disponíveis para a sociedade e é possível realizar a pesquisa através de um buscador no site da ANS, baixar planilha e utilizar diversos filtros de acordo com a necessidade do pesquisador.

### **3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA**

#### **3.1 DIAGNÓSTICO GERAL DA ORGANIZAÇÃO**

A Fundação Sanepar de Assistência Social (Fundação Sanepar) foi instituída pela COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ – SANEPAR em 22 de outubro de 1976, e atua na administração do Plano de Saúde SaneSaúde, benefícios previdenciários e benefícios assistenciais. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2018).

De acordo com o Art. 1º de seu regulamento – FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, doravante designada FUNDAÇÃO SANEPAR, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 77.375.897/0001-62, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão patrocinadas e sem mantenedor, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 33.864-8, com sede em Curitiba-PR, situada na Rua Ébano Pereira, nº 309, Centro. (CURITIBA, Fundação Sanepar, 2018).

O SaneSaúde é um plano coletivo empresarial e presta assistência médica e odontológica, através da contratação de uma rede de prestadores de saúde, custeada por contribuições mensais de sua patrocinadora Sanepar e beneficiários, mediante pré-pagamento. Também faz parte do custeio do plano a cobrança de coparticipações de procedimentos pagos pelos beneficiários. (CURITIBA, Fundação Sanepar, 2018).

A Fundação Sanepar também administra benefícios assistenciais e de saúde ocupacional como admissionais, periódicos e de medicamentos para todos os saneparianos e familiares, ofertando uma rede ampla de farmácias conveniadas com preços e forma de pagamento diferenciados.

Para comprovar os bons resultados e preocupação com a saúde e qualidade de vida dos saneparianos, o SaneSaúde foi classificado pela ANS através da avaliação do Índice do Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) durante 6 anos consecutivos como o melhor plano de saúde em sua categoria de porte médio e grande.

Os beneficiários do SaneSaúde contam com uma ampla rede credenciada de 5.123 prestadores de saúde entre hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e área odontológica, sendo que a remuneração é com base na Classificação Brasileira

Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CHPM) e outras tabelas específicas para diárias e taxas, materiais e medicamentos. (CURITIBA, Fundação Sanepar, 2018).

No final do ano de 2017, havia 25.697 beneficiários assistidos pelo SaneSaúde, e que geraram em média mais de 60.000 atendimentos por mês. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2018).

No final do ano de 2017, a Fundação Sanepar apresentou um superávit de R\$ 3.723 mil. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2018).

A Fundação Sanepar é composta por diretoria executiva, conselho de representantes, conselho fiscal e colaboradores. Sendo que o SaneSaúde fica sob a responsabilidade da diretoria de serviços sociais. Total de 86 colaboradores, sendo 75 empregados, 4 na condição de menor aprendiz e 7 estagiários. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2018).

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O método para a coleta de dados utilizado neste trabalho foi a quanti-qualitativa.

Foi realizado um levantamento de informações sobre a situação contratual das prestadoras, utilizando o dado de ter ou não assinatura de contrato firmado no período de 2015 até 2018, procurando respeitar a Lei 13003, afim de obter o cenário atual da rede hospitalar credenciada na operadora para identificar a quantidade que assinaram contrato de acordo com a Lei nº 13.003 e a quantidade que não assinaram, e quais os motivos dos que não assinaram contrato. (CURITIBA. Fundação Sanepar, 2018).

Em relação aos prestadores de serviço hospitalar que atendem a operadora pode-se colocar que são 224 hospitais no Estado do Paraná, sendo que destes apenas 120 concluíram as negociações e assinaram contrato, no ano de 2015 e a validade é por tempo indeterminado. Percebe-se que para concluir os faltantes (114), há necessidade de conhecer melhor o porque não foram assinados, seja pelos percentuais propostos pela operadora que adotou em seus contratos como forma de reajuste 40% do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), para honorários médicos, e 100% do FIPE-Saúde para diárias e taxas hospitalares desde 2014.

Assim, norteado pelas informações das prestadoras de serviço hospitalar que atendiam a operadora até a promulgação da referida lei eram 224 hospitais no

Estado do Paraná, sendo que destes só 120 assinaram contrato, desde o ano 2015 até 2018 com prazo de validade indeterminada. Percebe-se após observação nas tratativas de negociação que para concluir os faltantes (114), um dos motivos mais frequentes entre os questionamentos dos prestadores é em relação a cláusula contratual onde menciona o índice de reajuste proposto pela operadora.

Diante dos fatos levantados, observa-se que o percentual de reajuste sugerido pela operadora é um dos itens geradores de conflito para que os contratos sejam assinados. É de conhecimento público que as operadoras devem manter a sua rede credenciada de acordo com a Lei nº 13.003, ou seja com todos os contratos assinados, podendo haver multa caso a Agência Nacional de Saúde Suplementar resolva fazer auditoria no local e constatar a falta de contratos adequados a lei. Além disso, foram analisadas diversas reclamações recebidas dos beneficiários em relação a qualidade assistencial, e observou-se a necessidade de mudança na remuneração dos prestadores com foco na qualidade para atender aos interesses da operadora aliada a qualidade nos serviços prestados aos beneficiários. Espera-se que com um modelo diferenciado para remunerar os prestadores hospitalares estaremos incentivando o prestador a buscar qualidade na assistência aos nossos beneficiários e população em geral.

## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

O objetivo deste trabalho é propor uma metodologia própria da operadora para qualificar os prestadores classificados como hospitalares, com dados obtidos através do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS, aliado as pesquisas de satisfação interna e externa, e reclamação de beneficiários. Será criada uma ferramenta em planilha de excel para atribuir pontuação e obter uma nota em formato de percentagem que será desenvolvida pelo Comitê técnico.

As notas serão atribuídas ao prestador em forma de percentual para completar o percentual já existente nos modelos de contratos atuais.

Existem outras alternativas no Brasil ao modelo proposto por este projeto conforme citado no capítulo 2.5 Modelos de Remuneração. No entanto as operadoras precisam identificar os prestadores de serviços que já oferecem atendimentos diferenciados e buscar parcerias, aliando os mesmos objetivos que é a busca de qualidade de vida de seus usuários.

#### 4.1.1 Plano de implantação

Para colocarmos em prática a proposta deste projeto, seguiremos o cronograma descrito na TABELA 1.

TABELA1 – CRONOGRAMA IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA

Data	Atividade	Responsável	Para:
30/05/2019	Apresentação do Projeto	Autora do estudo	Diretoria de serviços sociais
15/04/2019	Resposta/aprovação	Diretoria de serviços sociais	Autora do estudo
20/04/2019	Sugestão de profissionais para o Comitê	Autora do estudo	Diretoria de serviços sociais e gestores
05/05/2019	Resposta/aprovação	Diretoria de serviços sociais e gestores	Autora do estudo
10/05/2019	Agendar 1ª reunião do Comitê	Autora do estudo	Profissionais indicados
20/05/2019	Reunião do Comitê Pauta: Apresentação do projeto	Autora do estudo	Integrantes do Comitê

	piloto, definição de nome do Comitê, definição de periodicidade das reuniões.		
20/06/2019	Reunião do Comitê Pauta: Criar regulamento		
20/07/2019	Reunião do Comitê Pauta: Definir especialidade para iniciar o projeto		
20/08/2019	Reunião do Comitê Pauta: Definir quais atributos do Programa QUALISS que serão utilizados no projeto		
20/09/2019	Reunião do Comitê Pauta: Definir formulário para pesquisa de satisfação de beneficiários		
20/10/2019	Reunião do Comitê Pauta: Aprimorar planilha com percentuais		
20/11/2019	Divulgação dos critérios para novo formato de remuneração		

FONTE: A Autora, 2019

#### 4.1.2 Recursos

Os recursos que serão necessários para o desenvolvimento deste projeto, serão os recursos físicos da operadora, como: sala de reuniões, computadores, datashow, internet e recursos humanos.

#### 4.1.3 Resultados esperados

Espera-se com esta proposta alinhar os interesses dos beneficiários e da operadora de saúde, atender as exigências da ANS, remunerando de forma justa o prestador e incentivando a busca pela qualidade na prestação de serviços.

Após testar o projeto piloto e se o resultado for satisfatório, espera-se com esta proposta a assinatura de 100% dos contratos faltantes de assinatura até 2020. Bem como a diminuição de 50% das reclamações de beneficiários.



#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

O projeto pode não ser aprovado pela diretoria para o ano de 2019, por não estar no planejamento estratégico da Fundação Sanepar.

Os prestadores podem rejeitar o novo formato de remuneração, devido ao tempo que o processo pode levar para ser concluído.

Poderá haver muitos prestadores solicitando o novo formato de remuneração, inclusive quem já optou por assinar o contrato.

Não divulgar o projeto sem antes testar em pelo menos 3 prestadores com diferentes níveis de porte.

Discutir com o Comitê ações que poderão vir ocorrer no processo de desenvolvimento da metodologia.

## 5 CONCLUSÃO

Os custos em saúde vem aumentando consideravelmente por diversos fatores como incorporação de novas tecnologias, tanto de materiais e medicamentos como equipamentos, envelhecimento precoce, dentre outros.

A operadora preocupada com o bem estar de seus beneficiários, busca a qualidade nos serviços prestados aliado com a remuneração de forma justa a seus prestadores de serviços, além de cumprir as exigências da Agência Nacional da Saúde Suplementar.

Espera-se com este estudo propor a metodologia de remuneração própria, incentivando o prestador de saúde a qualidade nos serviços prestados e a satisfação dos beneficiários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABICALAFFE, César Luiz. **Pagamento por Performance, o Desafio de Avaliar o Desempenho em Saúde.** – Rio de Janeiro: DOC Content 2015. 1ª edição. 232 p.

BESSA, Ricardo. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro.** Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8151/61090100005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 19 jan. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Grupo de trabalho discute modelos de remuneração na saúde suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4379-grupo-de-trabalho-discute-modelos-de-remuneracao-na-saude-suplementar?highlight=WyJybiJd>>. Acesso em 16 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Legislação.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&form=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Quem Somos/Missão.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Sala de Situação.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em 17 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 148 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, 12).

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)>. Acesso em 26 jan.2019.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. . Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)>. Acesso em 26 jan. 2019.

BRASIL. Constituição (1988) (**Artigos 196 a 200**). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf)>. Acesso em 27 jan. 2019.

CARVALHO, Livia. **A saúde suplementar no Brasil: entenda um pouco.** Disponível em: <<https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

COELHO, Karla Santa Cruz. **Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2016\\_gt\\_remuneracao/7reuniao\\_2017\\_remuneracao\\_apresentacao\\_karla\\_coelho2.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/7reuniao_2017_remuneracao_apresentacao_karla_coelho2.pdf). Acesso em: 02 jan. 2019.

CURITIBA. Fundação Sanepar. **Demonstrações Contábeis Parciais 2018 e 2017**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em 17 fev. 2019.

CURITIBA. Fundação Sanepar **Quem Somos/Missão**. Disponível em: <https://www.fundacaosanepar.com.br/?q=quem-somos-funda%C3%A7%C3%A3o-sanepar>>. Acesso em 26 jan. 2019.

CURITIBA. Fundação Sanepar **Diretoria Executiva**. Disponível em: <https://www.fundacaosanepar.com.br/?q=diretoria-executiva-funda%C3%A7%C3%A3o-sanepar>. Acesso em 26 jan. 2019.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS** / Márcio Augusto Gonçalves – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.132p.

PARANÁ. Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Paraná (FEMIPA). **Modelo que remunera por serviços de Saúde é criticado por especialistas**. Disponível em: < <http://www.femipa.org.br/noticias/modelo-que-remunera-por-servicos-de-saude-e-criticado-por-especialistas/>>. Acesso em 14 dez. 2018.

QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços da Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>>. Acesso em 26 jan.2019.