



e-ISSN 2446-8118

MODELO DE PAGAMENTO POR PERFORMANCE NA REMUNERAÇÃO MÉDICA EM COOPERATIVA DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL

PERFORMANCE PAYMENT MODEL FOR MEDICAL REMUNERATION IN A HEALTH COOPERATIVE IN THE SOUTH OF BRAZIL

MODELO PAGO POR PERFORMANCE EN LA REMUNERACIÓN MÉDICA EN UNA COOPERATIVA DE SALUD EN EL SUR DE BRASIL

Fabiana Pastro Talevi¹
Ana Tereza Bittencourt Guimarães²

RESUMO: Pela complexidade da saúde vivenciada no cenário mundial faz-se necessária a implantação de novos modelos de remuneração médica, atrelados à qualidade de prestação de serviços. O objetivo de estudo comparou a remuneração médica realizada pelos modelos de pagamento *Fee for Service* e “Pagamento por Performance” (P4P) em uma cooperativa de saúde do Oeste do Paraná. Foram coletadas variáveis de caracterização das atividades de 10 especialidades médicas (indicadores), bem como o custo efetivado para as mesmas. Foi realizado e calculado o índice de performance para cada especialidade escolhida, utilizando-se os indicadores dos domínios de efetividade e eficiência do modelo P4P. Neste estudo foi verificado que a possível implantação do modelo P4P promoveria a redução dos custos de consultas (2015 = 1,51%; 2016 = 1,21%), nas taxas de internamento (2015 = 5,05%; 2016 = 6,18%) e nos exames (2015 = 2,92%; 2016 = 7,7%), em média, o que levaria a uma economia dos custos em aproximadamente 6% no ano de 2015, e 9% em 2016. Diante do exposto, considera-se que a implantação deste modelo geraria uma economia dos custos, mas ainda promovendo qualidade de atendimento.

DESCRITORES: P4P; Desempenho; Qualidade de Serviços Médicos.

ABSTRACT: Due to the complexity of health experienced in the world scenario, it is necessary to implement new models of medical remuneration linked to the quality of service provision. The objective of this study was to compare the medical remuneration paid by the Fee for Service and "Payment for Performance" (P4P) in a health cooperative in the West of Paraná. Characterization variables of the activities of 10 medical specialties (indicators) were collected, as well as the cost effective for them. The performance index for each selected specialty was calculated using the indicators of the effectiveness and efficiency domains of the P4P model. In this study it was verified that the possible implementation of the P4P model would promote the reduction of consultation costs (2015 = 1.51%; 2016 = 1.21%), in hospitalization rates (2015 = 5.05%; 2016 = 6, 18%) and exams (2015 = 2.92%; 2016 = 7.7%) on average, which would lead to cost savings of approximately 6% in 2015 and 9% in 2016. Therefore, the implementation of this model would generate cost savings, but still promoting quality of care.

¹ Mestre em Biociências e Saúde.

² Doutora em Ciências, área de concentração em Ecologia e Recursos Naturais pela Universidade Federal de São Carlos. Professora adjunta de Bioestatística no Mestrado e Doutorado em Biociências e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

DESCRIPTORS: P4P; Performance; Quality of Medical Services.

RESUMEN: Por la complejidad de la salud vivenciada en el escenario mundial se hace necesaria la implantación de nuevos modelos de remuneración médica vinculados a la calidad de prestación de servicios. El objetivo de estudio fue comparar la remuneración médica realizada por los modelos de pago Fee for Service y "Pago por Performance" (P4P) en una cooperativa de salud del Oeste de Paraná. Se recolectar variables de caracterización de las actividades de 10 especialidades médicas (indicadores), así como el costo real para las mismas. En este estudio se verificó que la posible implementación del modelo P4P promovería la reducción de los costos de consulta (2015 = 1.51%; 2016 = 1.21%), en las tasas de hospitalización (2015 = 5.05%; 2016 = 6, 18%) y exámenes (2015 = 2.92%; 2016 = 7.7%) en promedio, lo que llevaría a un ahorro de costos de aproximadamente 6% en 2015 y 9% en 2016. Por lo tanto, la implementación de este modelo generaría ahorros en los costos, pero aún promovería la calidad de la atención.

DESCRIPTORES: P4P; Rendimiento; Calidad de Servicios Médicos.

INTRODUÇÃO

A remuneração médica é um tema de grande relevância na área da saúde, principalmente nos tempos atuais de crise, quando modelos preconizam a superprodução de serviços sem valorizar sua qualidade¹, impedindo a sustentabilidade das instituições.

Neste contexto, o modelo de Pagamento por Performance (P4P) carrega esta prerrogativa de qualidade utilizando métodos de avaliação com uso de indicadores para medir e posteriormente recompensar os profissionais de saúde pelo seu desempenho².

O objetivo deste estudo pretende demonstrar que o modelo P4P pode promover a diminuição de custos quando comparado a modelos atuais de remuneração médica, como o *Fee for Service* (FFS), por exemplo, avaliando hipoteticamente a viabilidade de implantação do P4P frente aos custos de uma cooperativa de saúde do Oeste do Paraná nos anos de 2015 e 2016, analisando a performance de 10 especialidades médicas.

MATERIAL E MÉTODOS

O local de estudo ocorreu em uma cooperativa de saúde na Região Oeste do estado do Paraná, que atua desde 30 de janeiro de 1989 com uma rede credenciada de 16 hospitais, 28 laboratórios, 114 clínicas, 235 colaboradores e 534 médicos cooperados em 2015 e 549 em 2016. Em 2015 possuía 85.993 beneficiários e em 2016, 88.993,

sendo considerada uma operadora de saúde de médio porte (vinte (20) a cem (100) mil beneficiários de acordo com a ANS).

No presente estudo foram analisados os médicos cooperados de 10 especialidades, sendo estas a Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Urologia.

A disponibilização da produção das ações em saúde está armazenada nos sistemas integrados de informatização da cooperativa do Oeste do Paraná, a qual permitiu consultas e análises dos dados dos anos de 2015 e 2016.

Os dados foram coletados e transferidos para planilhas do programa Microsoft Excel® contendo todas as informações relativas as variáveis (indicadores). Estas variáveis são provenientes da metodologia de obtenção de padrão de comparação ou bandas ideais que seguem um rigor estatístico, sendo baseada em evidências científicas.

Em seguida foi realizada a extração dos dados e a conversão destes para arquivos de texto com extensão *.txt, sendo então encaminhados para a empresa 2iM - Inteligência Médica, para a extração dos Índices de Performance. É importante ressaltar que a extração do Índice de Performance ocorreu de acordo com comparações de bandas ideais para cada indicador, ou seja, um padrão ideal de

comportamento para os indicadores eficiência e efetividade².

A metodologia utilizada pela empresa 2iM foi o modelo Gestão da Performance em Saúde (GPS), que utiliza quatro domínios: estrutura, eficiência, efetividade, e satisfação ou experiência do cliente. Neste estudo serão abordados somente os domínios de efetividade e eficiência, sendo que dentro destes domínios existem indicadores. Assim, um indicador poderá ser utilizado para diversas especialidades, no entanto, os respectivos pesos, ou *benchmarks*, são diferentes para cada especialidade.

Na análise de dados, com base nos dados obtidos de cada indicador específico de cada especialidade foram realizados os cálculos dos respectivos domínios de Efetividade e Eficiência, calculando-se os Índices de Performance seguindo a metodologia proposta por Abicalaffe² (Eq. 1):

Eq. 1)
IP:

$$\frac{\text{Custo (R\$)}}{(\text{ÍNDICADOR } 1 \times \text{PESO } 1) + \dots + (\text{ÍNDICADOR } n \times \text{PESO } n)}$$

Em seguida, a partir dos valores dos Índices de Performance, foram definidos os custos hipotéticos a serem fornecidos de cada especialidade caso o modelo de P4P fosse implantado. A definição do custo hipotético foi calculada pela equação abaixo (Eq. 2):

Eq. 2) **Custo hipotético = Custo Real * Índice de Performance (%)**

Os índices de performance foram dispostos por mês e por especialidade, sendo na sequência organizados os custos também por mês e por especialidade. Foram então definidos os custos hipotéticos de cada especialidade a partir do Índice de Performance, sendo comparados estes custos hipotéticos com os custos reais.

Os dados referentes aos custos hipotéticos dos anos de 2015 e 2016 foram comparados entre as especialidades com os respectivos custos reais por meio da Análise da Variância Para Medidas Repetidas após avaliação dos pressupostos de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk) e homocedasticidade (Teste de Levene). Os resultados foram expressos em tabelas com as estatísticas

descritivas (médias e desvios-padrão), e as respectivas significâncias estatísticas ($p \leq 0,05$).

Vale ressaltar que as variáveis ou os dados foram coletados a partir do que o médico ou especialidade solicitou, para tanto, foi considerado principalmente a especialidade que demandou ou solicitou determinada consulta, exame e internação.

RESULTADOS

Caracterização Geral da Cooperativa

A cooperativa estudada é constituída de uma rede credenciada de médicos cooperados, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados. Em 2015 eram 534 médicos cooperados e em 2016 eram 549.

Analisando os dados de 2015 observou-se um montante de 336.977 procedimentos em saúde. Em 2016 foram observados 335.090, havendo uma redução em relação ao ano anterior de 1887 eventos. Em relação ao valor total apresentando, em 2015 foram R\$31.962.078,90 e em 2016 constatou-se R\$35.455.427,00, havendo um aumento de R\$3.493.348,07. Mesmo havendo uma menor quantidade de eventos em relação a 2015, houve um aumento de 11% nos custos em 2016.

Nos dois períodos avaliados, a maior parte dos eventos apresentados concentrou-se no âmbito ambulatorial, com consultas e exames (86%). O restante dos eventos foi distribuído no âmbito hospitalar e no uso de materiais e medicamentos (14%). Já no tipo de atendimento, a maior quantidade concentrou-se em consultas (2015: 54% e 2016: 55%), seguida por exames (2015: 23% e 2016: 21%), sendo o restante completado pelas internações.

Em relação às especialidades médicas estudadas, observamos uma maior frequência de eventos na especialidade de Ortopedia e Traumatologia (27%), tanto em 2015, como em 2016. Já a especialidade de Pediatria apareceu na sequência, com 19% em 2015, e 20% em 2016, seguida pela Oftalmologia com 16% em 2015, e 15% em 2016.

Tabela 1. Caracterização Geral da Cooperativa. Frequências absolutas (n) e percentuais (%) nos anos de 2015 e 2016.

Variáveis	Categorias	2015 n = 336.977		2016 n = 335.090	
		N	%	n	%
Tipo Procedimento	AMB	288139	86%	286750	86%
	HOS	25652	8%	24690	7%
	MAT	15030	4%	14876	4%
	MED	8156	2%	8774	3%
Atendimento	CIR	20591	6%	23546	7%
	CLI	10084	3%	10848	3%
	CON	181119	54%	183423	55%
	EXA	76345	23%	68933	21%
	NSA	48838	14%	48340	14%
Especialidade	Cancerologia	14512	4%	15565	5%
	Cardiologia	27441	8%	28331	8%
	Cirurgia Geral	12057	4%	10714	3%
	Dermatologia	28585	8%	30204	9%
	Gastroenterologia	21543	6%	22099	7%
	Neurologia	6303	2%	6177	2%
	Oftalmologia	54883	16%	50322	15%
	Ortopedia	91934	27%	89909	27%
	Pediatria	65709	19%	67426	20%
	Urologia	14010	4%	14343	4%
Total Pago	Especialidades estudadas	R\$ 31.962.078,93		R\$ 35.455.427,00	

AMB: ambulatorial; HOS: hospitalar; MAT: materiais; MED: medicamentos; CIR: cirúrgica; CLI: clínica; CON: consultas; EXA: exames; NSA: não se aplica

Análise de consultas

Avaliando o custo médio das consultas e realizando uma comparação com o Índice de Performance extraído do sistema GPS, observou-se que todas as especialidades estudadas apresentaram médias de custo efetivo superiores às médias de custo estimadas pela aplicação do IP ($p < 0,0001$).

Ao realizar a análise entre as médias de todas as especialidades entre os períodos de estudo foi verificada uma elevação das

médias no ano de 2016 quando comparadas a 2015 ($p < 0,05$), sendo tal fato observado tanto para a avaliação do custo efetivo, quanto para o custo estimado pelo IP.

Avaliando as especialidades, a Pediatria apresentou o maior custo efetivo e hipotético com IP em 2015, enquanto a Neurologia apresentou o maior custo efetivo e hipotético com IP em 2016 (tab. 2).

Tabela 2. Avaliação de consultas. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas nos anos de 2015 e 2016.

Especialidade	Ano	Custo Efetivado		Custo Hipotético com IP		p
		Média	DP	Média	DP	
Cancerologia	2015	84,09	3,15	79,66	2,04	<0,0001
	2016	91,42	3,32	83,74	3,18	<0,0001
Cardiologia	2015	94,50	2,61	87,33	2,16	<0,0001
	2016	99,74	2,19	90,43	1,73	<0,0001
Cir. Geral	2015	85,13	3,20	81,02	2,64	<0,0001
	2016	91,92	2,99	87,53	2,99	<0,0001
Dermatologia	2015	84,77	3,06	79,59	1,41	<0,0001
	2016	91,59	3,11	81,99	2,79	<0,0001
Gastroenterologia	2015	85,00	3,13	78,71	1,80	<0,0001
	2016	91,83	2,98	82,63	2,26	<0,0001
Neurologia	2015	104,56	5,70	97,44	3,70	<0,0001
	2016	112,58	1,73	101,70	2,00	<0,0001
Pediatria	2015	106,10	3,56	97,46	2,28	<0,0001
	2016	111,49	1,47	99,77	1,41	<0,0001
Oftalmologia	2015	84,55	2,90	79,68	1,96	<0,0001
	2016	91,50	3,21	83,94	2,41	<0,0001
Ortopedia	2015	84,87	3,08	79,81	1,83	<0,0001
	2016	91,33	3,21	81,32	2,10	<0,0001
Urologia	2015	84,99	3,14	80,02	2,22	<0,0001
	2016	91,64	2,98	84,23	2,43	<0,0001
Média Geral	2015	89,86 ^b	8,94	84,07 ^b	7,43	<0,0001
	2016	96,51 ^a	8,60	87,73 ^a	7,39	<0,0001

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise. p: valor de probabilidade de aceitar a hipótese nula da Análise da Variância para Medidas Repetidas.

Avaliação de internamento

Na análise dos internamentos nos períodos de 2015 e 2016, todas as especialidades, exceto a gastroenterologia, apresentaram as médias de custo efetivado mais elevadas em 2016 quando comparadas a 2015. Ao avaliar as médias de todas as especialidades, verificou-se uma elevação significativa do custo efetivado em 2016 quando comparado a 2015 ($p < 0,05$).

O mesmo se repetiu quando comparamos os custos hipotéticos aplicados ao IP, observando-se as médias mais elevadas em 2016, quando comparadas a 2015. Os

custos médios hipotéticos permaneceram similares entre os dois anos ($p > 0,05$), indicando uma melhor padronização dos valores mesmo com a variação temporal.

Avaliando a especialidade com maior custo médio, observamos que a Urologia e a Cancerologia aparecem com custos mais elevados quando comparadas às demais. A Urologia apresentou um custo médio das internações de R\$443,97 em 2015, e a Cancerologia, de R\$385,05. Em 2016 este cenário se reverteu, sendo que a Cancerologia elevou o seu custo médio efetivado para R\$461,03 e a Urologia, para R\$ 436,87 (tab. 3).

Tabela 3. Avaliação de internações. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.

Especialidade	Ano	Custo Efetivado		Custo Hipotético com P4P		P
		Média	DP	Média	DP	
Cancerologia	2015	385,05	53,16	364,75	49,57	<0,0001
	2016	461,03	106,01	422,41	97,70	<0,0001
Cardiologia	2015	271,98	45,84	251,14	40,89	<0,0001
	2016	326,58	51,16	296,00	45,73	<0,0001
Cirurgia Geral	2015	349,67	64,52	332,82	60,91	<0,0001
	2016	374,47	41,13	356,64	40,25	<0,0001
Gastroenterologia	2015	322,75	56,95	299,07	53,15	<0,0001
	2016	288,08	53,08	258,94	45,68	<0,0001
Neurologia	2015	210,30	69,51	195,78	62,84	<0,0001
	2016	240,06	62,99	216,64	56,24	<0,0001
Pediatria	2015	231,09	27,75	212,07	23,12	<0,0001
	2016	240,92	25,15	215,61	22,72	<0,0001
Oftalmologia	2015	304,10	91,73	286,15	85,44	<0,0001
	2016	314,54	33,82	288,65	31,35	<0,0001
Ortopedia	2015	159,93	27,13	150,48	26,31	<0,0001
	2016	190,44	22,82	169,54	19,73	<0,0001
Urologia	2015	443,97	63,41	418,49	62,73	<0,0001
	2016	436,84	65,21	401,30	58,24	<0,0001
Média Geral	2015	297,65 ^b	101,92	278,97 ^a	96,87	<0,0001
	2016	319,22 ^a	102,40	291,75 ^a	96,22	<0,0001

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise. p: valor de probabilidade de aceitar a hipótese nula da Análise da Variância para Medidas Repetidas.

Avaliação dos exames

Em relação à avaliação dos exames, observamos que todas as especialidades, exceto a Cancerologia, apresentaram médias mais elevadas em 2016 quando comparadas a 2015. Ao avaliar as médias de todas as especialidades, verificou-se uma elevação significativa do custo efetivado de exames em 2016, quando comparado a 2015 ($p < 0,05$).

Observamos o mesmo perfil quando comparamos os custos hipotéticos aplicados ao Índice de Performance, ressaltando também a Cancerologia, que apresentou uma redução em suas médias de custos hipotéticos. Ao realizarmos a comparação das médias de custo hipotético com IP para todas as especialidades, verificou-se a similaridade dos valores entre os dois períodos, sendo, portanto, um indicativo da manutenção

temporal dos custos com a aplicação do Programa de Pagamento Por Performance.

Ao compararem-se os valores de custo efetivado com os de custo hipotéticos, houve diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) em praticamente todas as avaliações, com exceção da Cardiologia e Ortopedia no ano de 2015 ($p > 0,05$).

Em 2015, a especialidade de Cancerologia apresentou a média de custo efetivado elevado quando comparado das demais, com R\$ 205,55, seguida pela Neurologia com R\$ 123,91 e pela Oftalmologia com R\$ 119,20. A especialidade de Ortopedia apresentou médias de custo efetivado mais baixas quando comparadas às demais especialidades, sendo isto decorrente de uma maior quantidade de solicitação de exames (27%), bem como de uma menor complexidade tecnológica destes, quando comparada a outras especialidades (tab. 4).

Tabela 4. Avaliação de exames. Média e Desvio-padrão (DP) de custo efetivado e custo hipotético calculado com Índice de Performance (IP) em 10 especialidades médicas, nos anos de 2015 e 2016.

Exames Especialidade	Ano	Custo Efetivado		Custo Hipotético com P4P		
		Média	DP	Média	DP	P
Cancerologia	2015	205,55	39,75	195,09	39,13	<0,0001
	2016	166,60	41,95	152,78	39,20	<0,0001
Cardiologia	2015	36,05	2,94	33,31	2,56	0,051
	2016	50,45	17,89	45,70	15,98	0,0008
Cirurgia Geral	2015	107,99	10,51	102,76	9,59	0,0002
	2016	128,29	17,32	122,16	16,62	<0,0001
Dermatologia	2015	77,92	11,20	72,88	7,71	0,0004
	2016	80,42	3,46	71,99	3,17	<0,0001
Gastro	2015	104,54	4,83	96,82	3,94	<0,0001
	2016	114,44	6,70	102,92	4,61	<0,0001
Neurologia	2015	123,91	75,41	116,20	71,49	<0,0001
	2016	224,62	192,22	202,73	173,70	<0,0001
Pediatria	2015	35,13	2,98	32,29	2,92	0,044
	2016	39,89	2,21	35,70	1,96	0,003
Oftalmologia	2015	119,20	23,94	112,15	21,39	<0,0001
	2016	145,35	36,21	133,15	31,80	<0,0001
Ortopedia	2015	26,34	2,06	24,76	1,74	0,261
	2016	32,04	3,30	28,52	2,72	0,012
Urologia	2015	66,23	15,46	62,40	14,64	0,007
	2016	91,17	19,58	83,77	17,84	<0,0001
Média Geral	2015	90,00 ^b	58,51	84,60 ^a	55,59	<0,0001
	2016	107,33 ^a	84,80	97,94 ^a	77,10	<0,0001

Observação: letras diferentes sobrescritas indicam diferenças estatísticas entre os anos em análise.

Em síntese, foi possível verificar que caso o modelo P4P fosse implantado e executado, haveria uma redução de custos de 6% em 2015 e de 9% em 2016, considerando-se apenas as 10 especialidades estudadas e atribuídos, ao conjunto de consultas, internações e exames.

Ao avaliarmos os índices de performance das especialidades com o ideal, ou seja, com 100% de adequabilidade, notamos que em 2015 houve uma melhor atuação das especialidades avaliadas quando comparadas a 2016, gerando um custo menor à cooperativa. Já em 2016 observamos menores valores de índice de performance, acarretando assim em maiores valores de custo.

DISCUSSÃO

O Pagamento por Performance é um modelo de remuneração médica que visa a qualidade e a adequação nos serviços². A discussão sobre a possível implantação deste

modelo em uma cooperativa de um município do oeste do Paraná será redigida com abordagem na seguinte sequência: a) avaliação da série temporal dos custos ao longo dos dois anos avaliados; b) o impacto hipotético da implantação do P4P na cooperativa em estudo.

Avaliação da série temporal

A partir da base de dados de dois anos de atuação da cooperativa observou-se que todas as especialidades estudadas tiveram um custo efetivado superior em 2016, quando comparadas a 2015. Tal fato pode ser justificado pelo aumento de beneficiários que adquiriram planos de saúde, pelo aumento de médicos cooperados, pela interferência da inflação e pela crise econômica do país, sendo tais pontos discutidos a seguir.

Dados extraídos da cooperativa analisada mostram um crescimento de 3 mil beneficiários entre 2015 e 2016. Conforme Duarte et al.⁴, o Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro apresentou um

crescimento expressivo no período de 2010 a 2014, com um acréscimo de 13% de beneficiários. Friedrich et al.⁵ demonstraram que o crescimento do número de beneficiários ocorreu pelo incentivo aos planos coletivos por parte das operadoras de saúde. Neste segmento, os autores supracitados mencionaram que os reajustes de mensalidades de planos coletivos não são definidos pela ANS, ficando a cargo das operadoras. Desta forma, o montante de beneficiários que procuraram estes planos coletivos foi maior, uma vez que apresentaram ofertas de melhor custo-benefício quando comparados aos planos individuais.

Porém, o relato de crescimento do número de beneficiários refere-se somente aos anos de 2010 a 2014. Dados atuais mostram que entre os anos de 2015 e 2016 houve um decréscimo acentuado de beneficiários (ANS). Em dezembro de 2015 houve uma queda de 2,3% no número de beneficiários quando comparado a 2014. Em dezembro de 2016 a queda foi ainda maior, totalizando 3,1%⁶. Contudo, o aumento de beneficiários na cooperativa estudada está em descompasso com os dados extraídos da ANS, a qual indicou uma elevação do número de beneficiários.

Além deste incremento, outro aspecto que levou à elevação de custos entre 2015 e 2016 foi o acréscimo dos médicos cooperados. Conforme Giraldo et al.⁷, a região sul e sudeste são os locais com a maior concentração de médicos do país, lembrando que a cooperativa em estudo está localizada na região sul do Brasil. Tal localidade é economicamente mais atrativa por ser uma região com mais recursos disponíveis para atender as demandas da população na área da saúde, além de possuir um maior porte e não ter muitos problemas de acessibilidade. Há ainda outros motivos que os médicos apontam como mais relevantes para a fixação na região sul e sudeste, sendo estes: melhor remuneração médica e condições de trabalho, maior qualidade de vida, possibilidade de especialização, plano de carreira promissor e reconhecimento profissional.

Outro fator que possivelmente promoveu efeito sobre o aumento de custos

para a cooperativa em questão foi a crise econômica instalada no país e que causou um aumento da inflação. Em 2015 a inflação brasileira registrou uma taxa de 10,7%, e em 2016, de 6,29%⁸. Na área da saúde as taxas inflacionárias foram mais elevadas, sendo que em 2015 a taxa foi de 11,18% e em 2016, de 11,38%. Dentre os preços administrados, os planos de saúde e os produtos farmacêuticos estão em terceiro lugar no *ranking* de impacto da inflação, perdendo apenas para os combustíveis e a energia elétrica⁸.

Existe uma relação causal entre a crise econômica e a diminuição de renda por parte das pessoas. Vianna e Silva⁹ demonstraram que mesmo com medidas de contenção de gastos e políticas sociais, a economia pode trazer efeitos negativos sobre a população, como por exemplo: alteração da situação de saúde (aumento de doenças como depressão, ansiedade, uso abusivo de drogas e álcool, e doenças crônicas) e aumento da demanda para atendimento na assistência de saúde. As doenças crônicas promovem um impacto sobre a economia nacional em função do absenteísmo de funcionários, o que leva a um significativo impacto socioeconômico¹⁰. Logo, a crise econômica associada à diminuição de renda tem causado um aumento dos problemas de saúde, ocasionando uma maior demanda do uso dos serviços de uma cooperativa de saúde e sendo, portanto, mais um fator que promoveu a elevação dos custos ao longo desta série temporal.

Impacto hipotético da implantação do P4P

Além da elevação dos custos reais decorrentes dos aspectos socioeconômicos, conduziremos a discussão também para uma implantação hipotética de um modelo de remuneração médica que possibilitaria a redução do impacto gerado pela crise observada no país. Foi detectado que caso houvesse a implantação do P4P nesta cooperativa, haveria uma redução dos custos em todas as especialidades estudadas, bem como ao longo da série temporal. Foi observado também que os principais fatores que atualmente impactam o custo efetivo (sem implantação do P4P) estão relacionados à discussão da remuneração médica, à falta de

gestão em saúde, à incorporação de novas tecnologias, à medicina demasiadamente especialista e a falhas nas bases de dados da cooperativa em estudo.

Há algum tempo os sistemas de saúde estão em busca de novas formas de remuneração médica. A ANS relatou a necessidade de reflexão sobre a tríade: sustentabilidade do setor da saúde, informação e novos modelos assistenciais e formas de remuneração¹¹. Esta reflexão tem sido observada na cooperativa em estudo, na qual o modelo atual utilizado é o *Fee For Service* (FFS). Nesta cooperativa foram realizados estudos sobre a inserção de modelos mistos de remuneração por desempenho e pagamentos globais (comunicação pessoal). Conforme Ugá¹² e Soucat¹³, o caminho mais coerente seria mesclar os modelos de remuneração por desempenho aos modelos básicos (como FFS).

Uma mudança nos modelos de remuneração é justificável não apenas para mudar a forma de pagamento aos médicos, mas também para melhorar a gestão em saúde. Para Duarte et al.⁴, as operadoras de saúde estão enfrentando a ineficiência da gestão de custos, ocasionando um aumento progressivo. Um exemplo da falha na gestão em saúde está relacionado ao banco de dados denominado Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS), sendo que a ANS observou subnotificações, bem como Códigos Internacionais da Doença (CIDs) não informados pelas operadoras e prestadores, denotando um modelo assistencial desorganizado e com pouca gestão em saúde¹⁴. Sendo assim, a má gestão está também relacionada à falta de dados fidedignos gerados pelos prestadores de saúde às operadoras, as quais, por conseguinte, alimentam a base de dados da ANS com informações não confiáveis.

A incorporação de novas tecnologias está diretamente relacionada ao aumento de custos na área da saúde. Segundo Ramos¹⁵, o mercado de novas tecnologias pode gerar custos crescentes em função do aumento da população de idosos e do consequente crescimento de consumo de produtos de saúde, em especial os destinados a tratar

problemas cardiovasculares, ortopédicos e neurológicos.

Atualmente a Anvisa não está preparada para acompanhar a dinâmica do mercado de novas tecnologias, que só no Brasil lança mais de 14 mil novos produtos por ano. Essa dinâmica é observada em inúmeros países, porém como outras estratégias de registro; por exemplo, nos Estados Unidos, Japão, Argentina e vários países europeus, o registro de medicamentos é avaliado quanto à documentação no país de origem do medicamento e praticamente autorizado de forma automática¹⁵. Esses produtos são precariamente classificados com informações pouco elucidativas, dificultando a regulação e o controle pelo Estado, pelos prestadores, pelas cooperativas e operadoras¹⁶. A Ortopedia, por exemplo, faz grande uso de tecnologias avançadas como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). No presente estudo, esta especialidade foi a que apresentou um maior número de atendimentos, o que possivelmente também levou ao acréscimo do uso destas tecnologias. Melo et al.¹⁷ mencionaram que o incremento de atendimentos na especialidade de Ortopedia ocorreu a partir da década de 1980 devido ao aumento da violência e dos traumas, consequência da urbanização maciça, sendo os acidentes de trânsito o segmento que mais contribuiu para esta evidência.

Conforme Vianna¹⁸, a tecnologia resultou de um processo de desenvolvimento histórico do sistema de saúde com o advento da revolução tecnológica nos anos 50 e da evolução do capitalismo nos anos 60. Não só a velocidade e a taxa de inovação de novos produtos tiveram alteração, mas também houve a necessidade de especialização da medicina para atender a demanda dos usuários de forma eficiente. A partir daí abriu-se, no setor privado, uma enorme janela de oportunidades nas quais os prestadores de serviços se adaptaram rapidamente e a medicina de qualidade já não poderia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração, levando à solicitação de uma grande quantidade de exames complementares e favorecendo a elevação de custos.

Na cooperativa em estudo observou-se a prática de valorização das especialidades médicas, não tendo espaço para, por exemplo, médicos generalistas. Isso, segundo Nicz¹⁹, é um reflexo de uma fragmentação da assistência à saúde, sendo que no Brasil a base da saúde é constituída por médicos especialistas, que geram os gastos desnecessários observados no custo efetivo.

A implantação hipotética do P4P em uma cooperativa de saúde trouxe informações de redução de custos em consultas, internamentos e exames. Conforme Oliveira, Veras e Cordeiro¹⁴, a saúde suplementar realizou 40,9% das internações do Brasil no ano de 2016. Outro dado interessante é que o número de consultas realizadas com médicos especialistas é superior ao realizado com generalistas. Este fato demonstra a grande desorganização do cuidado, sendo mais natural e menos oneroso que houvesse mais consultas com médicos generalistas, do que especialistas. Logo, a gestão adequada dos recursos, em especial com a aplicação de modelos de Pagamento por Performance, poderia evitar internamentos desnecessários, e consequentemente diminuir os gastos excessivos. Contudo, ainda há poucos trabalhos disponíveis afirmando uma redução efetiva de custos nas cooperativas quando implantado o P4P. O que se observa são estudos afirmando que este modelo é efetivo em alguns aspectos, sendo que os resultados são mais mensuráveis em condições clínicas^{20,21}.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi verificado que houve uma elevação real dos custos ao longo dos dois anos avaliados e, na sequência, o impacto hipotético da implantação do P4P na cooperativa em questão. Caso o P4P fosse efetivamente implantado, traria benefícios financeiros para a cooperativa.

Este estudo apresenta algumas limitações, pois os dados coletados em um primeiro momento apresentaram-se discrepantes, denotando falha nos sistemas de informação da cooperativa. Apesar das limitações identificadas, o recorte dos dois

anos de análise foi apoiado pela literatura técnico-científica.

Futuras investigações devem ocorrer avaliando a implantação efetiva do P4P para assim obter evidências reais sobre o impacto econômico de tal implantação. Por fim, este estudo constituiu apenas uma avaliação de custos, sendo que a estimativa da qualidade não foi atribuída. Dada a importância do tema, considera-se que ainda há muito a ser pesquisado no campo de remuneração médica, uma vez que ainda há lacunas sobre a eficácia da implantação do modelo P4P.

REFERÊNCIAS

1. Andreazzi MFSA. Formas De Remuneração De Serviços De Saúde. Texto Discussão IPEA; 2003 Dez: 1006: 1-32. [citado em 2018 Fev 01]. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4222.
2. Abicalaffe CL. Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em Saúde. Rio de Janeiro: ed DOC Content; 2015.
3. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2011.
4. Duarte ALCM, Oliveira MF, Santos AA, Santos BFC. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2017; 22(8):2753-62. [citado em 2018 Jan 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802753&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Friedrich MP, Silva RL, Guimarães JCF, Basso K. Alternativas para a saúde no Brasil. Rev Pensamento Contemporâneo em Administração. 2017; 31-43. [citado em 2018 Fev 27]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4417/441752441004/>.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). ANS apresenta novos modelos de

cuidado em saúde. 2016. [citado em 2018 Fev 01]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/numeros-do-setor/3695-beneficiarios-de-planos-de-saude-3>.

7. Girdali SN, Stralen ACSV, Cella JN, Mass IWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2675-84. [citado em 2018 Jan 08]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902675&script=sci_abstract&tlng=pt.

8. Campedelli A, Ramos AP. Aspectos estruturais da Inflação Brasileira no Biênio 2015 e 2016. *Rev Pesquisa e Debate*. 2017; 28(2):31-51. [citado em 2018 Jan 05]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/33591>.

9. Viana ALA, Silva HP. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. *Rev Planejamento Políticas Públicas*. 2017; 49:55-107. [citado em 2018 Jan 05]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/9595/444>.

10. Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (BR); 2015. [citado em 2018 Jan 07]. Disponível em <http://anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/doencas-cronicas-impactam-crescimento-do-pib-brasileiro-ate-2030>.

11. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). ANS apresenta novos modelos de cuidado em saúde; 2016. [citado em 2016 Ago. 07]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/sobre-a-ans/3939-ans-participa-de-simposio-sobre-novas-formas-de-remuneracao>.

12. Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - experiência internacional. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(12):3437-45.

[citado em 2018 Jan 06]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/355566>.

13. Soucat A, Dale E, Mathauer I, Kutzin J. Pay-for-Performance debate. Not seeing the Forest for the Trees. *Health Systems & Reform*. 2017; 3(2):74-9. [citado em 2018 Jan 26]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23288604.2017.1302902?needAccess=true&>.

14. Oliveira M, Veras R, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(5):625-34 [citado em 2017 Dez 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n5/pt_1809-9823-rbagg-20-05-00624.pdf.

15. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. ANMAT. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/anmat>. Acesso em 31 Jul, 2019.

16. Ramos P. A máfia das próteses: Uma ameaça à saúde. São Paulo: ed. Évora; 2016.

17. Melo MR, Ferraz CA, Souza CA., Souza CR, Lavrador MA. Estudo da morbidade na Unidade de Internação Ortopédica. II Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem para o século XXI – Gerenciamento e desenvolvimento de talentos humanos na enfermagem. *Medicina*. 2000; 33:73-81. [citado em 2018 Jan 09]. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n1/estudo_morbidade_unidade_internacao_ortopedia.pdf.

18. Vianna CMM. Estruturas do Sistema de Saúde do Complexo Médico-Industrial ao Médico-Financeiro. *PHYSIS Rev de Saúde Coletiva*. 2002; 12(2):375-90. [citado em 2017 Dez 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a10v12n2.pdf>.

19. Nicz LF. A cura está nos médicos da família. *Rev GV Executivo*. 2017; 16(4). [citado em 2018 Jan 19]. Disponível em:

Talevi FP, Guimarães ATB.

<http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol16-num4-2017/cura-esta-nos-medicos-familia>.

20. Iqbal U, Li J. Patient's satisfaction and incentive programs for physicians. *Int J Qual Health Care*. 2017; 29(2):143. [citado em 2018 Jan 09]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453830>.

Artigo Original

21. Peluso A, Berta P, Vinciotti V. Do Pay-for-Performance incentives lead to a better health outcome? *Cornell University Library*. 2017; 1:1-16. [citado em 2017 Dez 15]. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/1703.05103.pdf>.

Recebido em: 27.02.2019
Aprovado em: 31.07.2019