

**SISTEMÁTICAS DE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS QUE
ATUAM NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PROCEDIMENTOS
GERENCIADOS**

GRUPO DE TRABALHO SOBRE REMUNERAÇÃO DOS HOSPITAIS

REGRAS GERAIS

Outubro de 2012

Associação Brasileira de Medicina de Grupo – **ABRAMGE**

Associação Nacional dos Hospitais Privados – **ANAHP**

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – **CMB**

Confederação Nacional de Saúde – **CNS**

Federação Brasileira de Hospitais – **FBH**

Federação Nacional de Saúde Suplementar – **FENASAÚDE**

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – **UNIDAS**

UNIMED do Brasil - **UNIMED**

Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS**

Equipe Técnica:

Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE

Jair Monaci

Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP

Ary Costa Ribeiro

José Roberto Guersola

Taísa Bonelli

Daniel Coudry

Conf. das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

José Luiz Spigolon

Confederação Nacional de Saúde – CNS

Armando Amaral

João de Lucena Gonçalves

Federação Brasileira de Hospitais – FBH

Eduardo de Oliveira

Roberto Vellasco

Walter Lyrio do Valle

Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE

Franklin Padrão Júnior

Manoel Antônio Peres

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS

Denise Rodrigues Eloi de Brito

Maria Beatriz Coacci Silva

Aldo Rossi

Unimed do Brasil - UNIMED

Francisco José de Freitas Lima

Karla Regina Dias de Oliveira

Facilitadores:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Antonio Carlos Endrigo

Bruno Cortat de Carvalho

Carlos Eduardo Porto da Costa Figueiredo

CONTEÚDO

Introdução	4
Conceito de Procedimento Gerenciado.....	5
Vantagens da Contratação de Procedimentos Gerenciados	5
Condições para utilização dos Procedimentos Gerenciados	7
Regras para elaboração dos Procedimentos Gerenciados	7
Composição dos Procedimentos Gerenciados.....	7
Regras de saída do Procedimento Gerenciado	9
Procedimentos Selecionados	11
Procedimentos Associados.....	12
Ajuste de Risco	12
Contratualização dos Procedimentos Gerenciados	13
Auditoria dos Procedimentos Gerenciados.....	13
Indicadores do Modelo	13
Conclusão	14

Introdução

O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais elaborou o documento intitulado Rodada do Rio de Janeiro, onde foi indicado que a remuneração dos procedimentos cirúrgicos de alta frequência e baixa variabilidade dos processos assistenciais, respeitando a especificidade de cada Instituição, deve ser efetuada com preços previamente fixados pelo prestador de serviços, na modalidade denominada **Procedimento Gerenciado**.

O pagamento através de Procedimentos Gerenciados é uma forma de estabelecer um preço global para concentrar itens que compõem o procedimento, agilizando e racionalizando a operacionalização da cobrança e do pagamento, com a presunção de benefícios para quem cobra e para quem paga.

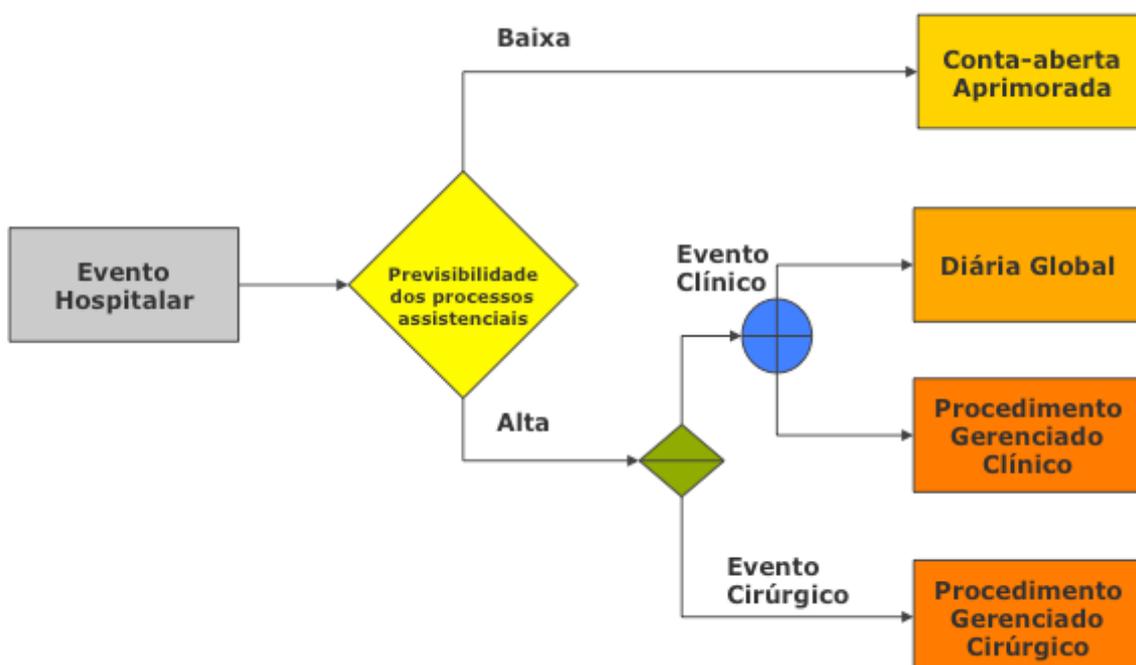
O Procedimento Gerenciado se difere da prática conhecida pelo setor de pagamento por pacotes. Nesta última, há um predomínio da precificação dos serviços em função dos valores financeiros médios das contas, enquanto no Procedimento Gerenciado a base está fundamentada em protocolos, diretrizes clínicas e consenso dos especialistas que compõem o corpo clínico do hospital. Somente então são apurados os custos e precificados os serviços que serão negociados com as operadoras. Ou seja, o pacote considera a média dos preços praticados, independente da base técnica que fundamenta o procedimento, ao passo que o Procedimento Gerenciado considera primeiro a fundamentação técnica, apura os custos relacionados e calcula o preço.

O Procedimento Gerenciado pode ser clínico (Procedimento Gerenciado Clínico) ou cirúrgico (Procedimento Gerenciado Cirúrgico). Em ambos os casos a lógica de elaboração e os conceitos e definições são os mesmos. A diferença é que um está fundamentado em um protocolo clínico, enquanto o outro está fundamentado em um protocolo cirúrgico. Neste documento abordaremos o conceito geral (Procedimento Gerenciado), que servirá de quadro analítico para qualquer uma das duas modalidades.

O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de hospitais entende ainda que não devem ser indicados Procedimentos Gerenciados Clínicos, neste primeiro momento. Sua indicação e detalhamento devem ser desenvolvidos após o projeto referencial de implantação e a verificação da operacionalização adequada do Procedimento Gerenciado Cirúrgico.

Portanto, tornou-se necessário rever a estrutura analítica que deverá ser utilizada na implementação das novas sistemáticas de remuneração, acordada na Rodada do Rio de Janeiro, onde foi elaborado o documento que definiu as diretrizes e rumos das sistemáticas de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar.

O Grupo de Trabalho que vem desenvolvendo as novas sistemáticas de remuneração dos hospitais manteve a proposta original do primeiro documento, mas, ajustou a terminologia para que refletisse esse novo entendimento:



Conceito de Procedimento Gerenciado

Definição: é o conjunto de ações assistenciais e administrativas necessárias e suficientes para a realização integral de procedimentos cirúrgicos, contemplando recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos e materiais de insumo, inerentes ao processo assistencial.

Vantagens da Contratação de Procedimentos Gerenciados

Entende-se que os **Procedimentos Gerenciados** constituem um modelo que tem como premissa a gestão da assistência, estimulando:

- Previsibilidade de Custos;
- Racionalização de Recursos;

- Envolvimento dos fornecedores de insumos;
- Participação e contribuição das equipes médicas;
- Busca de qualidade e resultados nos serviços prestados;
- Segurança assistencial do paciente;
- Reconhecimento dos resultados e da qualidade dos prestadores de serviços;
- Agilidade das autorizações, faturamento e cobrança pelo prestador;
- Diminuição das divergências e dos conflitos de auditoria que passam a ser sobre a pertinência do procedimento, da análise de risco do paciente e da necessidade de saída do Procedimento Gerenciado ou não;
- A discussão prévia sobre a inclusão de novas tecnologias, medicamentos e materiais;
- Manutenção do equilíbrio econômico -financeiro com revisões sistemáticas prévias e periódicas dos Procedimentos Gerenciados, contemplando critérios de reajustes, os quais devem ser livremente negociados entre as partes (critérios x livre negociação).

Tal mecanismo, além de proporcionar previsibilidade quanto ao seu preço, promove a racionalização dos custos em saúde à medida que estimula a obtenção de melhores resultados assistenciais, com previsibilidade, controle e garantia de custos adequados. Isto gera resultado financeiro ao prestador de serviço e contribui para a reversão da crescente pressão nos custos em saúde.

Entende-se, portanto, que o modelo também propicia motivação aos gestores de saúde em influenciar o comportamento de seus corpos clínicos na busca pela eficácia clínica com os recursos adequados e dos departamentos responsáveis pela seleção e contratação de fornecedores de insumos.

A adoção do Procedimento Gerenciado objetiva aumentar a eficiência do sistema, eliminando custos de transação que não agregam valor ao paciente. Além disso, propicia maior previsibilidade na gestão dos sinistros das operadoras de planos de saúde.

Como consequência, estabelece-se uma mudança cultural na qual se substitui a precificação dos serviços médicos baseada na simples relação das despesas incorridas pela identificação de valor agregado aos serviços médicos oferecidos.

Na operação, aumenta a agilidade dos processos de autorização, faturamento e cobrança, e permite a diminuição de glosas e divergências entre as partes envolvidas.

Condições para utilização dos Procedimentos Gerenciados

Inicialmente, essa modalidade é recomendada para procedimentos médico-hospitalares cirúrgicos de alta frequência, com baixa variabilidade de: desfecho, processo assistencial, uso de recursos e baixa prevalência de complicações, respeitando a especificidade de cada Instituição.

Regras para elaboração dos Procedimentos Gerenciados

O Procedimento Gerenciado deve ser elaborado com base em um protocolo/gabarito técnico, o qual deve conter:

- Elegibilidade dos pacientes para a realização do referido procedimento. Os critérios de elegibilidade devem se basear em critérios próprios do hospital, validados por seu corpo clínico, ou em diretrizes das sociedades médicas;
- Recursos necessários para o tratamento do paciente durante seu período de internação;
- Indicação das intercorrências mais frequentes para o procedimento, que caracterizariam a mudança na forma de cobrança da internação, parcial ou total, de Procedimento Gerenciado para Conta Aberta Aprimorada.

O Procedimento Gerenciado só pode ser elaborado com a definição prévia das ações médicas, de enfermagem e administrativas, aplicáveis na realização de todo o processo, pois é com base nesses dados que a instituição vai definir seus custos e definir seu preço.

Deve-se levar em conta o histórico de pacientes com casos clínicos semelhantes que efetuaram o tratamento com base no protocolo acordado com a operadora de plano de saúde.

Uma vez acordados aspectos técnicos, podem ser elaboradas versões dos procedimentos gerenciados que contemplem aspectos não técnicos, tais como: padrão de acomodação, serviços adicionais, etc.

Composição dos Procedimentos Gerenciados

A. Itens que são compreendidos pelos Procedimentos Gerenciados

Considerando que vamos focar inicialmente Procedimentos Gerenciados para eventos cirúrgicos mais comuns, cada um deles deve contemplar os itens abaixo, considerados inerentes à cirurgia:

- Período de internação;
- Tipo de acomodação no período (enf., apto, berçário, UTI ou semi, etc.);
- Sala cirúrgica/tempo cirúrgico médio;
- Instrumentais permanentes;
- Equipamentos cirúrgicos, de monitorização e de anestesia;
- Materiais de consumo de rotina utilizados na sala cirúrgica e nas unidades de internação (inerentes ao processo);
- Medicamentos de rotina utilizados na sala cirúrgica e nas unidades de internação (inerentes ao processo);
- Serviços de enfermagem na sala cirúrgica e nas unidades de internação;
- Gases medicinais;
- OPME

No caso de acomodação em UTI, os equipamentos de monitorização, ventilação e infusão, devem estar contemplados.

No caso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais a inclusão deverá ser precedida de uma avaliação do hospital quanto a previsibilidade do processo assistencial. Caso não atenda aos critérios de previsibilidade definidos pelo hospital, a OPME poderá ser remunerada de acordo com negociação previamente realizada entre as partes.

Os recursos a serem incluídos deverão estar em conformidade com a sua frequência de utilização em determinado tipo de procedimento/evento.

Os honorários médicos e a remuneração de serviços terceirizados pelo hospital, como SADT, podem ou não ser inseridos nos Procedimentos Gerenciados, dependendo dos arranjos contratuais elaborados entre as partes envolvidas e a operadora de plano de saúde.

B. Itens que não são compreendidos pelos Procedimentos Gerenciados:

Os seguintes itens não são considerados como inerentes às cirurgias, portanto, não devem fazer parte da composição dos Procedimentos Gerenciados:

- Recursos utilizados nos procedimentos pré-operatórios (diárias, insumos, SADT)
- Re-operação;
- Sangue e hemoderivados;

- Intercorrências intra ou pós-operatórias. É fundamental que na contratualização dos Procedimentos Gerenciados, sejam definidos os critérios que caracterizarão a intercorrência, seus custos associados (diárias adicionais, insumos, SADT's, sangue e hemoderivados, hemodiálise, etc.) e como os mesmos serão cobrados pelo prestador;
- Remoções;
- Incorporação tecnológica não prevista no protocolo/gabarito técnico, cuja utilização tenha sido justificada pela equipe médica. Nessas situações é desejável que prestador e operadora de plano de saúde revejam o protocolo/gabarito e negociem um eventual novo valor para o Procedimento Gerenciado;
- Medicamentos de uso contínuo pelo paciente (anti-hipertensivos, hormônios, dentre outros), que passam a ser administrados pelo hospital quando de sua internação, para a realização de um Procedimento Gerenciado.

Regras de saída do Procedimento Gerenciado

Pelo fato dos Procedimentos Gerenciados se aplicarem a eventos médico-cirúrgicos com possibilidade de razoável conhecimento prévio de seu curso/evolução, e, conseqüentemente, de seus recursos utilizados, a saída do Procedimento Gerenciado deverá ser baseada na identificação de intercorrências clínicas ou cirúrgicas que impliquem, notadamente, em significativa alteração do curso usual daquele procedimento/evento, ou na justificativa de necessidade de utilização de recursos não comuns para um determinado tipo de evento/procedimento médico.

Estas intercorrências, ou saída do Procedimento Gerenciado, deverão ter uma expectativa de frequência estabelecida previamente, motivando o acompanhamento do processo de melhoria no desempenho.

Deve-se, portanto, elaborar regras que deverão estar claramente identificadas no protocolo/gabarito técnico, devidamente formalizado entre as operadoras de plano de saúde e hospitais.

As regras abaixo poderiam ser consideradas como regras gerais:

Procedimentos deverão ser cobrados como Conta Aberta Aprimorada nas seguintes situações:

- Complicações de qualquer natureza que levem o paciente a uma acomodação não prevista no Procedimento Gerenciado, ou ainda,

prolonguem a internação por um período superior ao previsto para este Procedimento Gerenciado;

- Em casos de complicações ocorridas durante a cirurgia, que alterem o prognóstico e acrescentem morbidade ao ato cirúrgico, deve-se utilizar a Conta Aberta Aprimorada desde o início;
- Em casos de complicações no pós-operatório, onde apenas a permanência do paciente se prolonga além do previsto, mas sem graves intercorrências ou mudanças de acomodação para unidades MAIS COMPLEXAS, o Procedimento Gerenciado pode ser cobrado, e as diárias extras cobradas em Conta Aberta Aprimorada até a alta do paciente;
- Achados intraoperatórios que levem a procedimento diferente do proposto inicialmente.

A caracterização da intercorrência (regra previamente formalizada entre prestador e operadora de plano de saúde) deverá ser validada na auditoria, principalmente na discussão médica. Para tratativa desta intercorrência, o item abaixo deveria ser inserido nas regras:

"Os itens relacionados às intercorrências ou cobrados fora do Procedimento Gerenciado, como Conta Aberta Aprimorada, deverão ser validados pela auditoria e apresentados na mesma conta de cobrança".

Outro aspecto importante que deve ser formalizado entre prestador e operadora de plano de saúde, e validado com o corpo clínico, é a avaliação da situação clínica do paciente antes de sua internação e da viabilidade de aplicação do Procedimento Gerenciado negociado. Dependendo do estado clínico do paciente, o mesmo deve ser excluído do Procedimento Gerenciado e sua internação cobrada como Conta Aberta Aprimorada desde o início – justificada preferencialmente desde a solicitação de autorização do procedimento junto à operadora de plano de saúde. Este aspecto deve estar descrito nas condições de elegibilidade do paciente para o respectivo Procedimento Gerenciado.

Condições clínicas / co-morbidades graves que podem impactar significativamente no consumo dos recursos relacionado à assistência: IMC > 60, idade > 65 anos, paciente oncológico, diabético, hipertensão grave, etc.

Casos de urgência podem ser excluídos do Procedimento Gerenciado e cobrados como Conta Aberta Aprimorada desde o início. Casos de emergência devem ser excluídos do Procedimento Gerenciado e cobrados como Conta Aberta Aprimorada desde o início.

Procedimentos Selecionados

Os seguintes procedimentos foram apontados pelo Grupo de Trabalho como indicados inicialmente para remuneração através da modalidade de Procedimentos Gerenciados:

- SEPTOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA SEM VÍDEO) TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA;
- HISTERECTOMIA TOTAL (QUALQUER VIA);
- PARTO (VIA VAGINAL);
- CESARIANA (FETO ÚNICO OU MÚLTIPLO);
- GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA ABERTA;
- VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DOIS MEMBROS;
- RECONSTRUÇÃO, RETENCIONAMENTO OU REFORÇO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR;
- ADENO-AMIGDALECTOMIA;
- HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL (QUALQUER VIA);
- VARICOCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA;
- HERNIORRAFIA INCISIONAL;
- COLECISTECTOMIA COM SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA;
- COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA;
- ADENOIDECTOMIA;
- COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA;
- GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA;
- REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÉRNIA DE HIATO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA;
- TIREOIDECTOMIA TOTAL;
- TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL;
- FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO;
- ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM STENT;

- RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA;
- REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO;
- TROCA VALVAR;
- URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA;
- VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO PARA MENISCO; e
- HERNIORRAFIA INGUINAL – UNILATERAL.

Esses 27 procedimentos foram selecionados por atenderem aos critérios de previsibilidade dos processos assistenciais e por terem grande relevância em termos de frequência e custos.

Procedimentos Associados

Atenção especial deve ser dada à adoção de **Procedimentos Gerenciados** para os procedimentos associados.

A prática de mercado mostra que em alguns casos, como nos procedimentos de otorrinolaringologia, se aplicam percentuais do valor do procedimento principal para os procedimentos associados. Entretanto, em outras situações, esta prática não é recomendada, pois há grande dificuldade de determinar os recursos que serão cobrados como Procedimento Gerenciado e aqueles que serão cobrados como Conta Aberta Aprimorada.

No caso de procedimentos associados, recomenda-se que a forma de cobrança seja por Conta Aberta Aprimorada desde o início.

Ajuste de Risco

Visando o aprimoramento dos Procedimentos Gerenciados recomenda-se o desenvolvimento de uma metodologia específica de classificação de risco dos pacientes, aderente a realidade dos registros clínicos utilizados nos estabelecimentos onde são realizados procedimentos médico-cirúrgicos. Um modelo de ajuste de risco pressupõe valores diferenciados para um mesmo procedimento gerenciado, relacionados à situação clínica do paciente.

Entende-se que este modelo, ainda não desenvolvido, tem dificuldades para implementação imediata, mas deve ser buscado para estimular a adoção em maior escala da implementação dos Procedimentos Gerenciados por prestadores e operadoras de plano de saúde. O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de

Hospitais tem como um dos seus produtos a ser desenvolvido o modelo de ajuste de risco.

Contratualização dos Procedimentos Gerenciados

O valor a ser cobrado pelo Procedimento Gerenciado, calculado com base no protocolo/gabarito técnico, deve ser pactuado e contratualizado previamente com a fonte pagadora.

É recomendável que sejam negociados prazos mais céleres de autorização e pagamento dos Procedimentos Gerenciados.

Nos prestadores nos quais estão contratados Procedimentos Gerenciados é importante que esteja contemplado no contrato uma cláusula que determine que os eventos contratados nessa modalidade só poderão ser cobrados na forma de Conta Aberta Aprimorada, após a análise da equipe técnica da contratante. Esta análise só será necessária caso não haja entendimento prévio entre as partes sobre os critérios definidos para a saída do Procedimento Gerenciado.

Todos os contratos de Procedimentos Gerenciados devem estar em conformidade com as resoluções de contratualização editadas pela ANS, inclusive prevendo uma cláusula de reajuste dos pacotes, previamente negociada, visando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das partes.

Auditoria dos Procedimentos Gerenciados

Nesse modelo a auditoria deve ser focada na elegibilidade para o Procedimento Gerenciado, não cabendo análise individualizada dos itens que o compõem. O resultado deve ser uma redução dos custos administrativos para prestadores e operadoras de planos de saúde.

Indicadores do Modelo

A seguir, foram elencados indicadores de acompanhamento da implantação dos Procedimentos Gerenciados:

- Percentual de Procedimentos Gerenciados que foram abertos – Por Procedimento, por Especialidade, por Motivo;
- Percentual de Procedimentos Gerenciados que sofreram complementação – Por Procedimento, por Especialidade, por Motivo;

- Tempo médio de faturamento e recebimento da conta vinculada ao procedimento gerenciado;
- Percentual de revisão dos protocolos técnicos por ano;
- Adesão das equipes cirúrgicas ao protocolo técnico do procedimento gerenciado;
- Percentual de eventos cirúrgicos pagos sob a forma de procedimento gerenciado (por região ou estado);
- Percentual médio de reajuste anual dos procedimentos gerenciados (por região ou estado).

Estes indicadores devem ser utilizados para monitorar o desempenho dos estabelecimentos na implantação do Procedimento Gerenciado como sistemática de remuneração dos serviços hospitalares.

Considerando que essa nova sistemática de remuneração pressupõe o compartilhamento de risco entre operadoras de plano de saúde e hospitais. Serão desenvolvidos indicadores de monitoramento da qualidade a serem incorporados ao Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, instituído através da Resolução Normativa nº 275, da ANS.

Portanto, entende-se que os hospitais que adotarem a modalidade de remuneração por Procedimento Gerenciado devem buscar a adesão ao QUALISS.

Conclusão

As entidades representadas no Grupo de Trabalho declaram estar de acordo com os termos do presente documento, comprometendo-se a envidar todos os esforços visando à implementação de Projetos Referenciais de Metodologia para Adoção de Novo Modelo de Remuneração dos Hospitais que atuam na saúde suplementar.

Rio de Janeiro, de de 2012.

ENTIDADES SIGNITÁRIAS:

Confederação das Santas Casas de Misericórdia,
Hospitais e Entidades Filantrópicas

CMB

União Nacional Instituições de
Autogestão em Saúde

UNIDAS

Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANAHP

Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRAMGE

Federação Brasileira de Hospitais

FBH

Federação Nacional de Saúde Suplementar

FENASAÚDE

Confederação Nacional de Saúde

CNS

UNIMED do Brasil

UNIMED

FACILITADOR:

Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANS