

# Modelos de remuneração em debate



O atual modelo de remuneração por serviços prestados em saúde, conhecido como *fee-for-service*, está sendo debatido pelo Setor de Saúde Suplementar e alternativas como o *DRG*, *Bundle Payment*, Pagamento por Performance, ou a combinação entre eles, são discutidas. Veja a avaliação de dirigentes e especialistas. Páginas 6 a 10

## Expediente

**Correio**  
HOSPITALAR

Órgão Oficial da  
Associação de Hospitais do  
Estado do Rio de Janeiro

Sede: Rua dos Andradas, 96 - 13º  
Andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 20051-002  
Tel.: (21) 2203-1343 (PABX)  
Fax: (21) 2263-3398  
E-mail: [aherj@aherj.com.br](mailto:aherj@aherj.com.br)

**Diretoria Executiva**

**Período: 2015 a 2018**

Dr. Mansur José Mansur -  
Presidente  
Dr. Marcus Camargo Quintella -  
Vice-Presidente Executivo  
Dr. Hebert Sidney Neves - Vice-  
Presidente Administrativo  
Dr. Leonardo G. Barberes - Sec. Geral  
Dr. Nelson Cid Loureiro - Diretor  
Tesoureiro  
Dr. Edmar Matos Lopes Da Silva -  
Diretor de Patrimônio  
Dr. Graccho B. Alvim Neto - Diretor  
de Atividades Culturais

**Conselho Fiscal**

Dr. Helcy Faria Prata - Titular  
Dr. José Elias Mansur - Titular  
Dr. Ricardo Elias Restum - Titular  
Dr. José Máximo - Suplente  
Dr. Luiz Fernando Frintchuk -  
Suplente  
Pastor Isaías de Souza Maciel -  
Suplente

**Conselho Editorial**

Marcus Quintella, Gracco Alvim,  
Leonardo Barberes, Roberto Vellasco,  
João Beck e João Maurício Carneiro.

**Produção Editorial e Gráfica**

Libertta Comunicação  
Editor: João Maurício Carneiro  
Rodrigues (reg. Mtb18.552)  
Diagramação e arte: Higo Lopes  
Tiragem: 2.500 exemplares  
Distribuição: gratuita e dirigida

## Agenda de cursos e eventos

**Junho****Curso de Faturamento Hospitalar - Nível Avançado – Módulo III**

Data: 23/06/2017  
Local: Auditório da AHERJ  
Realização: Faturhelp | AHERJ  
Investimento: Associado: R\$ 120,00 | Não Associado: R\$ 150,00  
Maiores Informações: 2203-1343 – Mônica Cavalcanti

**Curso de Trabalho com Grupos no Hospital**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 17/06, 01, 15 e 29/07  
Coordenação: Prof.ª Marcia Velasco  
Maiores Informações: (21) 99114-5834 | [marciavelascopsi@gmail.com](mailto:marciavelascopsi@gmail.com)

**Curso Suporte Básico de Vida**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 17 de Junho  
Coordenação: Prof. Marco Antonio Plautz Chocron  
Investimento: Associado: R\$ 50,00 | Não Associado: R\$ 70,00  
Maiores Informações: (21) 2203-1343 | [cursos@aherj.com.br](mailto:cursos@aherj.com.br)

**Curso de Atuação da Enfermagem na Prática Clínica em feridas:  
Úlceras Vasculogênicas**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 23 e 30 de Junho  
Investimento: Associados e Estudantes de Enfermagem: R\$ 40,00 | Profissionais  
da Saúde: R\$ 60,00  
Maiores Informações: (21) 97909-7689 | [www.previsiconsultoria.com.br](http://www.previsiconsultoria.com.br)

**Curso de Leitura de Exames Radiológicos**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 30 de junho  
Investimento: Associados e Estudantes de Enfermagem: R\$ 40,00  
Profissionais da Saúde: R\$ 60,00  
Maiores Informações: (21) 97909-7689 | [www.previsiconsultoria.com.br](http://www.previsiconsultoria.com.br)

**Julho****Curso de Introdução à Criminologia para Psicólogos**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 07, 14, 21 e 28 de julho; e 04 de agosto  
Coordenação: Prof.ª Marcia Velasco  
Maiores Informações: (21) 99114-5834 | [marciavelascopsi@gmail.com](mailto:marciavelascopsi@gmail.com)

**I Curso Intensivo de Capacitação e Aperfeiçoamento e Qualificação:  
Administração e Cálculo de Medicamentos com Ênfase nos Cuidados  
(Com Atividade Prática)**

Local: Auditório da AHERJ  
Data: 08 de Julho (Sábado)  
Coordenação: Prof.ª Emanoele Amaral e Prof.ª Caren Ribeiro  
Investimento: R\$ 70,00  
Maiores Informações: (21) 98832-1591/ 2203-1343 | [cursos@aherj.com.br](mailto:cursos@aherj.com.br)

## FBH e AHERJ participam de almoço com Ministro da Saúde

A Federação Brasileira de Hospitais e a AHERJ participaram do almoço promovido pela Associação Comercial do Rio de Janeiro com o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, no dia 17 de maio, na sede da entidade. A FBH foi representada pelo vice-presidente Marcus Camargo Quintella e a AHERJ pelo diretor do Departamento de Hospitais Universitários e de Ensino, Fernando Ferry. O evento reuniu gestores, líderes e representantes de diferentes setores da área de saúde.

Ao final do evento, o presidente do Conselho de Medicina e Saúde da ACRio, Josier Vilar, entregou ao Ministro da Saúde o documento "A saúde que podemos ter", um conjunto de sugestões propondo soluções aos dilemas da saúde brasileira. Ricardo Barros elogiou a proposta feita pela ACRio e convidou representantes da entidade para reuniões em Brasília para pôr em prática as ações, fruto de dois anos de trabalhos do Conselho.



Marcus Carmargo Quintella com o ministro Ricardo Barros.

## Senado Federal homenageia ex-presidente da ABCDT

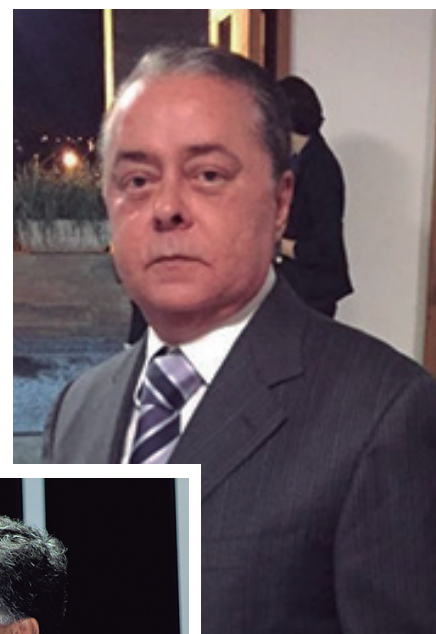
No dia 9 de março de 2017, o senador Eduardo Amorim (PSDB/SE) fez a homenagem ao ex-presidente da ABCDT Luís Carlos Pereira, em Sessão Especial realizada no plenário do Senado Federal, em Brasília, na comemoração ao Dia Mundial do RIM.

O senador destacou que Luís Carlos Pereira, falecido em 13 de fevereiro deste ano, esteve à frente da ABCDT por apenas oito meses, mas trabalhou incansavelmente, com garra e disposição, para resolver os problemas das clínicas de diálise e a preocupação com o sofrimento dos pacientes.

O atual presidente da ABCDT, Yussif Ali Mere Júnior, agradeceu a homenagem ao presidente falecido e enfatizou o compromisso de continuar o trabalho de seu colega, buscando caminhos para o melhor funcionamento das clínicas de diá-

lise e a nefrologia. A entidade está fazendo um mapeamento dos problemas enfrentados pelas clínicas. A ABCDT tem solicitado aos associados que coloquem estes problemas em evidência, assim como os seus resultados, para que seja possível traçar metas para a solução.

*Yussif Ali Mere Júnior – Presidente da ABCDT*



*Luiz Carlos Pereira faleceu em fevereiro de 2017 e esteve oito meses na presidência da ABCDT.*

# AHERJ e UVA promovem fórum sobre gestão de pessoas

“Cada funcionário é um cliente interno. Entender esse conceito é fundamental para alcançarmos a humanização do atendimento”, explicou a diretora do Projeto Educacional da Universidade Corporativa do Hospital Memorial, Denise Figueiras, durante o I Fórum sobre Administração de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas em Hospitais e Serviços de Saúde, realizado no dia 4 de maio, no auditório da AHERJ.

A dirigente acrescentou que a filosofia do Grupo Memorial é manter o foco no bem-estar do funcionário e prepará-lo para ter a menor margem de erro possível. “Nós temos o compromisso com nosso capital humano, pois são parceiros no crescimento da nossa empresa e também formadores de opinião”. Destacou ainda que as universidades e instituições de ensino formam para o mercado de trabalho e a universidade corporativa prepara para a organização através de cursos e oficinas estratégicas, humanizando e integrando o profissional aos valores e missão da organização a que pertence.

O Fórum contou com o apoio da Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Enfermagem Seção Rio de Janeiro (ABen-RJ) e do Conselho Regional de Administração do Estado do Rio de Janeiro (CRA-RJ). O evento foi realizado em dois momentos: pela manhã no Auditório da AHERJ tendo como tema “Administração de Recursos Humanos na atual conjuntura econômica e social do país”. A segunda etapa do Fórum aconteceu no Auditório da Universidade Veiga de Almeida do Centro, com o tema “Desenvolvimento Profissional, Saúde e Qualidade de Vida: Ferramentas e Recursos para uma Gestão Eficiente.

O diretor de Convênios da AHERJ, Roberto Vellasco, destacou na abertura do evento o compromisso da entidade com o aprimoramento e a qualificação profissional. “Nosso papel é congregar e incentivar os hospitais a promoverem um ambiente melhor para seus funcionários através da capacitação profissional”.

O diretor de Atividades Culturais da AHERJ, Graccho Alvim Neto e o assessor jurídico da instituição, Guaracy Bastos, fizeram um panorama das mudanças da Reforma Trabalhista, previdência e a terceirização em hospitais e serviços de saúde, enfatizando o que precisa mudar para a existência de uma gestão estratégica. “Precisamos de um olhar mais cuidadoso para investir na educação continuada. Quando o funcionário deixa de estudar ele muda de emprego constantemente e com isso nunca se especializa”, observa Graccho Alvim.

Sob a coordenação e moderação da professora Benilda Bezerra, a segunda etapa, na parte da tarde, foi aberta pelo Secretário Geral da AHERJ, Dr. Leonardo Barberes, que destacou a importância da humanização e das relações multiprofissionais



Mesa de abertura do evento.



Denise Figueiras falou sobre a Universidade Corporativa.

para uma gestão eficiente nos serviços de saúde. Em seguida, a consultora Patrícia Furtado falou sobre o papel dos profissionais de saúde nas organizações e as diretrizes que devem ser adotadas para se promover assistência com qualidade, humanização e maior segurança em todos os níveis.

A psicóloga Katya Muniz ressaltou a importância da educação continuada, aprimoramento e a capacitação dos profissionais de saúde, enquanto o professor Wagner Salles falou sobre desenvolvimento profissional, saúde e qualidade de vida.

## A cultura da inclusão dentro das organizações

Mestre em recursos humanos e professora titular da Universidad Andina Simón Bolívar, no Equador, Mariana Lima Bandeira destacou em sua palestra, na parte da manhã, a diversidade e a inclusão no âmbito hospitalar público e privado do Gestor, com base em novos conceitos e experiências. A professora explicou que os estereótipos ajudam a interpretar a realidade e facilitam a previsibilidade do comportamento. No entanto, assinala que é fundamental o investimento dos hospitais privados na cultura da diversidade através de ações afirmativas para fazer o processo de integração.



## Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro

### Baixe agora o aplicativo da AHERJ disponível para Android e iOS

- Notícia na área da Saúde
- Notícias sobre a Saúde Suplementar
- Informações de Eventos e Cursos
- Inscrição para eventos
- Área exclusiva para associados



ANDROID

[goo.gl/hr4tDc](http://goo.gl/hr4tDc)



[goo.gl/PgcNYH](http://goo.gl/PgcNYH)



## UNIFORMES PARA HOSPITAIS, CLÍNICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Especializada em desenvolver produtos de qualidade, a **Raro do Ser** oferece preços competitivos com garantia de prazos de entregas e atendimento diferenciado.

E para a área de saúde, temos uma linha hospitalar exclusiva com tecidos 100% algodão e misto.

Uniformes e jalecos padronizados para médicos, enfermeiros, técnicos e para todos os setores de uma unidade de saúde, como conjunto de serviços gerais, manutenção, recepção e outros. Incluindo ainda uma linha de calçados de segurança.

E agora em parceria com a **AHERJ | Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro**, os produtos da **Raro do Ser** tem condições ainda mais especiais.



Mais qualidade e segurança para o seu hospital

Rua José dos Reis, 492, Engenho de Dentro / Rio de Janeiro, RJ, 20770061 - Brasil

Entre em contato pelo telefone: 21. 3899-7788  
Ou pelo site: [rarodoser.com.br](http://rarodoser.com.br)  
[comercial.raro@hotmail.com](mailto:comercial.raro@hotmail.com)

# Setor de Saúde Suplementar debate novas formas de remuneração

O atual modelo de remuneração por serviços prestados em saúde, conhecido como *fee-for-service* ou “conta aberta”, está sendo debatido pelo Setor de Saúde Suplementar. Para discutir o tema com mais profundidade, com foco na sustentabilidade do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou, em 2016, o Grupo Técnico de Remuneração, destinado a operadoras e prestadores.

A diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS, Michelle Mello, aponta o *Diagnosed Related Groups (DRG)* e o *Capitation* (capitação, pagamento per capita) como importantes mecanismos de pagamento de serviços no mundo todo, e que vêm se desenvolvendo também no Brasil. Porém, adverte que são modelos de transição para formas de pagamento de maior compartilhamento de risco, como por exemplo os pacotes de pagamento por episódio clínico atrelados a desfechos clínicos de pacientes. “No exterior, a implementação de diferentes modelos de pagamento de prestadores de serviço foi um processo paulatino. No mercado brasileiro isso tem acontecido de forma semelhante”, explica.

O presidente do Sindicato de Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDHrio), Fernando Boigues, observa que existem diversas experiências sendo testadas no país, em que os modelos se misturam, como é o caso do *fee-for-*

*-service* e o DRG. “No entanto, estão tentando se adaptar a um mercado que ainda não se mostra tão maduro e transparente em relação aos dados assistenciais”, complementa.

Sandro Leal, superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fena-Saúde), também concorda que não há um único modelo que se adapte à realidade brasileira. “O mercado de saúde suplementar é extremamente diversificado, tanto pelo lado das operadoras quanto dos prestadores. Seria um grande erro tentar um modelo único para se adaptar a todas essas diferenciações”, explica.

O diretor da AHERJ, Roberto Vellasco, alerta que antes de se pensar em implantar uma nova forma de remuneração é necessário o estabelecimento de melhores relações entre prestadores e operadoras, lembrando que a falta de confiança entre as partes impossibilita uma convivência mais produtiva. “Cabe a nós escolher entre as várias formas de remuneração qual a que mais se adapta e menos interfere no faturamento do hospital e discutir esta forma de remuneração com as operadoras. É fundamental que deixem de existir ações baseadas na pressão das operadoras sobre os prestadores de serviços. Temos defendido sempre que não aceitaremos um novo modelo que nos seja prejudicial ou imposto”, declara.



## Repensar o modelo assistencial

Para que a parceria entre planos de saúde, hospitais e pacientes continue sustentável, é preciso de fato repensar a forma de remuneração dos serviços. Mas, para isso, é preciso mudar o modelo assistencial, focado na doença e não na prevenção, explica o presidente do SINDHrio. Atualmente, o centro do atendimento à saúde privada continua sendo o hospital, e as políticas de prevenção de doenças e de promoção à saúde ainda são muito tímidas, na sua opinião. Acrescenta que modificar este conceito facilitará a mudança da remuneração e, mais importante, da qualidade do que é oferecido ao paciente.

O diretor de Novos Negócios do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo, André Oslo, acha que a discussão das novas formas de remuneração é fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. No entanto, defende a maior transparência na troca de informações para o sucesso das negociações. “É necessário que todos os elementos da cadeia produtiva da saúde assumam a necessidade de criar maior transparência entre as suas relações e assim conquistar um mínimo de confiança mútua para discutir formas de remuneração que garantam a sobrevivência de todo o setor”, explica.

Consultor de gestão em saúde, André Oslo não vê como saída uma única forma ou modelo de remuneração, pois classifica o sistema de saúde brasileiro como desorganizado. “Embora o SUS em sua essência proponha um sistema universal hierarquizado buscando a equidade da assistência, na prática temos um sistema misto, pouco regulado e com grandes problemas de financiamento”, opina.

Para André Oslo, o mais adequado para o país deveria ser um modelo de capitação para atenção primária de saúde, um modelo misto com *fee-for-service* para a atenção especializada e um modelo misto para os hospitais, incluindo DRG, com fatores de estímulo para indicadores de qualidade, complexidade, eficiência e densidade de tecnologia.

## Eficiência na gestão dos recursos

O diretor da AHERJ, Roberto Vellasco, lembra que o *fee-for-service* é adotado no mundo inteiro, sobretudo na atenção primária e na remuneração dos especialistas, como demonstrou o estudo apresentado recentemente na ANS. “Se é adotado no mundo inteiro não parece tão perverso assim. Só precisa ser aperfeiçoado, fiscalizado e melhorado”, explica, assinalando que o DRG é um mecanismo de gestão e não um modelo de remuneração.

Ao analisar o modelo atual, Sandro Leal entende que a forma de remuneração baseada em *fee-for-service* é um modelo desajustado e que precisa urgentemente caminhar para maior eficiência no uso dos recursos. “Além de não estimular qualquer medida de eficiência na prestação de serviços assistenciais, observa-se exatamente o contrário”.

Na avaliação do especialista em economia da saúde,

André Médiçi, as principais desvantagens do modelo atual estão associadas ao fato de que permite irracionalidades na gestão do cuidado e pode levar a custos exagerados, como ocorre em qualquer modelo de livre escolha. “A formação de preços e tarifas geralmente não tem relação com os custos, a não ser em contextos em que existam tabelas de referência baseadas em custos ou maiores níveis de concorrência no mercado”, opina.

## Modelos mais sustentáveis

Há movimentos de operadoras e até de alguns hospitais para modelos que compartilhem o risco de forma mais equilibrada, como é o caso do DRG, explica o superintendente da FenaSaúde. “É uma metodologia mais sofisticada de gerenciamento de custos e da qualidade assistencial, que permite a elaboração de pacotes para a comercialização de serviços hospitalares com base nas informações coletadas a partir da internação”, comenta.

Sandro Leal adverte que a metodologia parece ainda incipiente no Brasil, embora já existam empresas especializadas na construção desse modelo. Entretanto, acredita que sua implantação depende de profunda mudança na estruturação dos custos por parte dos hospitais. “É preciso que haja um sistema de informações apropriado para tanto. Alguns hospitais de ponta já estão mais avançados neste processo. Deve ser um caminho a percorrer, um processo de adaptação negociado, e não uma imposição”.

A diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Michelle Mello, analisa as principais inovações no horizonte da remuneração de serviços de saúde. Aponta que uma das formas mais sofisticadas de mudança do modelo assistencial surgiu nos Estados Unidos com as *Accountable Care Organizations*. Michelle Mello explica que as ACO'S, dentre outras experiências, como os pacotes de pagamento por episódio clínico (*Bundled Payments*), são uma expressão do vigor das mudanças em curso direcionadas à maior coordenação e efetividade do cuidado, à redução de custos, ao uso de incentivos financeiros por performance e à governança compartilhada das economias geradas pela rede.

“Muitos prestadores de serviços hospitalares já praticam os pacotes para diversos tipos de serviços, embora a maior parte ainda adote o *fee-for-service*. É fundamental pensar em novos modelos de remuneração, visando racionalizar os custos de uma forma ética e técnica”, comenta o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Sérgio Vieira. O dirigente acredita que o modelo DRG representa um avanço na metodologia de compra de serviços, gerenciamento de custos e da qualidade assistencial.

Sérgio Vieira acha natural uma resistência do mercado às mudanças, mas defende que é preciso incentivar o diálogo entre as entidades como AHERJ e Abramge e convidar a ANS para trazer informações baseadas no TISS. “Temos que encontrar uma sinergia em nossas divergências”.

# Grupo da ANS discute as formas de remuneração

Michelle Mello avalia que o Grupo de Trabalho de Remuneração formado pela ANS tem alcançado o seu principal objetivo que é tornar-se um fórum de discussão sobre o tema na saúde suplementar. Além disso, ressalta a possibilidade de compartilhar as experiências em curso no Brasil e a presença de especialistas sobre o tema. “Essa troca de experiências é fundamental para trazer maior maturidade ao debate entre prestadores de serviços e operadoras de planos”. A AHERJ tem participado ativamente de todas as reuniões, representando a Federação Brasileira de Hospitais, através da atuação do diretor de convênios Roberto Vellasco e o secretário geral Leonardo Barberes.

Sandro Leal explica que desde o início deste processo a FenaSaúde tem mantido o posicionamento de que a remuneração é um assunto que deva ser decidido entre as partes. “O Governo pode contribuir reduzindo alguns custos de transação, mas nunca interferir na remuneração. Talvez o maior custo de transação ainda seja o custo da desconfiança”, destaca, acrescentando que o caminho não é a imposição normativa, mas o contínuo processo de negociação e relacionamento entre partes ao longo dos anos.

## Rodadas de estudos no Rio e em São Paulo

O diretor de Atividades Culturais da AHERJ, Graccho Alvim, lembra que a ANS formou dois grupos de estudos sobre remuneração, a Rodada do Rio de Janeiro e a de São Paulo. A primeira, em 2010, sugeriu normas de criação dos procedimentos gerenciados, que em sua avaliação são pacotes individualizados por instituições, equipe e custos diretos e indiretos. O outro grupo, formado em 2012, indicou normas para criação de uma diária global através de uma tabela compacta aprimorada com cobranças mais simples, envolvendo os custos fixos inclusos em cada diária, seja esta de enfermagem, quarto ou UTIs.

Graccho Alvim lembra que já existem alguns grupos estudando formas de remuneração de acordo com o que

acontece nos Estados Unidos, utilizando a CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e o DRG, que associa os códigos de procedimentos em um mesmo grupo a apenas um valor. “Neste caso paga-se o procedimento principal e um valor extra para cada patologia ou procedimento realizado. Nas cirurgias, o procedimento associado tem um único valor para o mesmo grupo”, explica.

Em casos clínicos como sepse pulmonar, diabetes e toracostomia cobra-se o CID principal e todos os outros CIDs e procedimentos da internação, sem cobranças extras de materiais, medicamentos, alugueis e taxas, complementa Graccho Alvim. “Funciona um pouco parecido com os pagamentos das AIHs (autorização de Internação Hospitalar), porém de maneira mais coerente e valores mais justos para manter o equilíbrio entre as partes”.



Sandro Leal - FenaSaúde.



Michelle Mello - ANS.



Fernando Boigues - SINDHrio.



Andre Oslo - Sirio-Libanês.



## Implantação do DRG no Hospital Sírio-Libanês

O diretor de Novos Negócios, André Oslo, explica que o projeto de implantação do sistema de remuneração consumiu quase quatro anos de trabalho, iniciados com uma prova de conceito em parceria com a empresa 3M (produtora do sistema APR-DRG). Em seguida, o hospital desenvolveu um treinamento dos codificadores e busca de diagnósticos ocultos no prontuário do paciente (diagnósticos secundários e co-morbidades) não referidos no resumo de alta. O passo seguinte foi desenvolver alguns modelos de análise e geração de indicadores baseados nas informações extraídas do sistema DRG. “Tudo isso se constituiu numa curva de aprendizado e desde janeiro de 2015 o sistema está em produção no hospital para todas as saídas hospitalares”, explicou.



## Modelos de remuneração no mundo

O representante da FenaSaúde, Bruno dos Santos, apresentou na reunião do GT de Remuneração da ANS, de fevereiro deste ano, um estudo sobre a remuneração dos prestadores em diferentes países do mundo. Foram 20 países, mas o trabalho focou em Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, México, Portugal, Reino Unido, Suíça e Turquia.

Em relação aos EUA, Bruno dos Santos explica que são utilizados todos os modelos de remuneração e a adoção de cada um depende muito do contrato vigente entre o seguro-saúde e o prestador de serviço. “Com o advento do Obamacare, se passou a fazer uma transição para modelos onde a performance é importante componente da remuneração”.

### Atenção primária:

Fee-for-service: 15 (apenas México usa FFS puro no privado)

Capitation: 14 (ambos: 12).

Pagamento por Performance ( PPF): 8 .

Orçamento global: 8.

### Especialistas:

Fee-for-service: 17.

(Resultado mais comum geral).

Orçamento global: 11 (Ambos: 9).

PPF: 4.

DRG: (Holanda).

Capitation: 0.

### Atenção Hospitalar:

DRG: 15.

Orçamento global: 10 (Ambos: 5).

Fee-for service: 5.

PPF: 1.

Capitation: 0.

Fonte: Bruno Eduardo dos Santos – FenaSaúde

Obs: modelo de Orçamento Global: meta ou limite para o gasto de uma determinada unidade de saúde que restringe as despesas de maneira global.

## Lei 13.003 é um avanço para o setor

A diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial, Michelle Mello, observa que a Lei 13.003 representou um grande avanço para o setor. Destaca o reforço na obrigatoriedade da existência de contratos assinados entre as operadoras de planos de saúde e prestadores, a garantia de mais segurança e qualidade na relação entre as partes.

A dirigente afirma que além do objeto e natureza do contrato deve haver a definição dos valores dos serviços contratados, dos prazos para faturamento dos pagamentos e dos reajustes dos preços a serem pagos pelas operadoras, que deverão ser obrigatoriamente anuais. Lembra

que os os contratos devem prever as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, bem como conter a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora, além de estipular vigência e critérios para prorrogação, renovação ou rescisão.

O superintendente da FenaSaúde, Sandro Leal entende que a Lei 13.003, buscou corrigir a remuneração de parcela do mercado pela via legislativa. “Não existia uma “falha de mercado” no sentido econômico do termo. O que havia era a pressão de grupos por melhor remuneração via legislação”, opina, avaliando que o ideal seria o aumento da remuneração junto com o incremento da produtividade e da eficiência.

## Análise – novos modelos de remuneração

André Médice - economista

### *Fee-for-Service*

Segundo o economista, a principal vantagem do sistema é que fornece aos assegurados maior liberdade de escolha para selecionar médicos, instalações e prestadores de cuidados de saúde. As principais desvantagens estão associadas ao fato de que o *fee-for-service* permite irracionalidades na gestão do cuidado e pode levar a custos exagerados, como ocorre em qualquer modelo de livre-escolha quando o mercado é imperfeito. “O *fee-for-service* vem caindo crescentemente em desuso como fonte de financiamento de serviços de saúde nos países desenvolvidos, mas ainda é uma forma importante de remuneração”.

### Pagamento por diagnóstico (DRG)

Economista de saúde e especialista internacional com mais de 35 anos de experiência em temas de gestão pública e privada, André Médice destaca que o DRG permite um mecanismo mais sofisticado de controle por parte do pagador do que o *fee-for-service*. “Esse modelo aumenta a qualidade da atenção ao paciente, pois uniformiza o tratamento médico com o uso de protocolos baseados em evidência. Uma alternativa de menor custo e melhor resultado que leva a um aumento da eficácia no uso dos recursos”, explica, ressaltando que o pagamento passa a ser fixo por diagnóstico de acordo com o número de procedimentos aplicado ao quadro clínico de cada paciente.

As principais desvantagens, segundo André Médice, é que o uso de DRGs requer sistemas de informação e auditoria médica eficientes, além de funcionários e pacientes bem informados e treinados para operá-los. “É preciso também ter programas adequados de incentivos para premiar os presta-

dores que operam segundo as regras ditadas pelos protocolos ou punir, ainda que financeiramente, aqueles que não trabalham em conformidade com os mesmos”.

### *Bundled payments (pagamento agrupado por episódio)*

O economista de saúde, André Médice, explica que o método *bundled payments* é uma variação dos DRGs, pois representa um pagamento único para todos os procedimentos e serviços associados a um episódio médico, como os serviços de diagnóstico prévio, internação e pós-internação durante um período de 90 dias, incluindo acompanhamento de complicações e re-internações. “Esse sistema obriga o hospital a assumir parte importante do risco. Se o custo do episódio vai além do valor contratado, as perdas devem ser assumidas pelo hospital”, comenta.

### Pagamento por performance

“É parte de uma cadeia de desempenho que tem por objetivo melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde”, avalia André Médice. Segundo o economista, esse conceito pode ser usado tanto de forma restrita, associada a remunerar os trabalhadores segundo os resultados alcançados, como também para orientar todos os tipos de contratos entre entidades do setor público, entre o setor público e privado, ou mesmo entre entidades do setor privado para o pagamento por performance. “As experiências no Brasil são ainda incipientes e pouco avaliadas. Teríamos muito a aprender com as experiências internacionais de pagamento por desempenho em saúde. Mas algumas operadoras, como a Unimed, já vêm testando pagamentos adicionais por resultados assistenciais”, assinala.

# A Terceirização nos hospitais e as implicações da legislação aprovada



Guaracy Bastos

A terceirização é, sem dúvida, um dos temas de maior debate na seara jurídica, nos dias de hoje. Trazendo o instituto para o âmbito dos hospitais, pode-se afirmar que é de grande relevância o processo que terceiriza os hospitais e a prestação de seus serviços, principalmente diante das mudanças advindas da sanção da lei de terceirização (Lei nº 13.429/17).

A priori, analisando-se a situação jurídica anterior, os serviços terceirizados em hospitais, bem como em termos gerais, compreendiam apenas os atinentes às atividades meio, como limpeza e segurança, ou seja, atividades que não se relacionam com o fim principal da instituição. Dito isso, há que se pensar no projeto de lei aprovado que regulamenta a terceirização, o qual, conco-

mitantemente, inova a seara trabalhista com a ampliação dos serviços que poderão ser terceirizados, estendendo-se às atividades-fim. A título de exemplo, a inovação permite que hospitais contratem uma empresa apenas para coleta de sangue ou para serviço de radiografia, os quais se inserem no rol de atividades principais (“fim”), nesse caso.

“A terceirização tem todos os requisitos para impulsionar o crescimento (e reerguimento) dos hospitais no Brasil”.

Sendo assim, sancionada a lei, os serviços essenciais, ou seja, as atividades entendidas como atividades-fim passaram a poder ser também terceirizadas. Partindo-se deste ponto, há divergências consideráveis quanto aos prós e contras frente às mudanças na legislação. Quais os benefícios da ter-

ceirização de serviços essenciais como o atendimento de emergência e os procedimentos cirúrgicos?

Indubitavelmente, o questionamento supracitado é contínuo, tendo em vista ser um processo de inovação na economia. Entretanto, há que se falar: o processo de terceirização tem todos os requisitos para impulsionar o crescimento (e reerguimento) dos hospitais no Brasil. Isto porque é evidente o aumento ocasionado do número de vagas no setor, bem como a redução do ônus com empregados, pelos serviços prestados à administração do hospital. A partir da terceirização, poder-se-á ter maior controle da qualidade dos serviços, o que condiciona maior agilidade na cobrança e fiscalização deles. Além disso, como já referendado, esse processo trará maior independência à prestação dos serviços, flexibilizando a admissão e alteração dos quadros de trabalho.

Por fim, conclui-se que a terceirização nos hospitais tende a trazer muitos benefícios, não apenas aos hospitais e aos pacientes, mas, de modo geral, à sociedade como um todo, angariando, no momento de crise no qual o Brasil ainda se encontra, um “suspiro de alívio” e um indício de prosperidade econômica.

## Guaracy Bastos

Advogado titular da MB Advogados  
guaracybastos@guaracybastos.com.br

## Visite o novo site da AHERJ

Notícias, comunicados, legislação e agenda de eventos.

[www.aherj.com.br](http://www.aherj.com.br)



# Riscos da “pejotização dos hospitais”: quais as implicações desse processo?

O crescimento significativo das pessoas jurídicas no Brasil, frente ao cenário de crise econômica instaurado, certamente, não é um sinal de que a economia voltou a dar sinais de crescimento. Notoriamente, vem ocorrendo uma espécie de substituição de pessoas físicas por jurídicas, figurando nas relações jurídicas que envolvem a prestação de serviços. Muito disto advém do déficit crescente da Previdência Social, fator este que impulsiona a criação de pessoas jurídicas com o objetivo único de ser parte em contrato de prestação de serviços, sendo criadas, principalmente, para afastar os encargos trabalhistas e previdenciários, atinentes a uma relação empregatícia formal.

Nesse sentido, saliente-se que, atualmente, no Brasil, vem ocorrendo a chamada “pejotização dos hospitais”, o que tão somente reproduz o que fora elucidado anteriormente. Médicos e outros profissionais da área da saúde estão criando pessoas jurídicas para acordar seus serviços, em vez de trabalharem como prestadores de serviços autônomos

ou como funcionários, mantendo, portanto, neste último caso, relação de emprego reconhecida e regulada pela Consolidação da Leis do Trabalho (CLT).

Ressalte-se, entretanto, a existência de uma grande preocupação em frear esse processo de “pejotização dos hospitais”, haja vista as implicações que ela pode trazer, a começar pela possível imputação de crime de ordem financeira. Ocorre que, desde que criadas as pessoas jurídicas em consonância com os dispositivos legais e atendendo aos requisitos que a lei impõe, não há que se falar em qualquer irregularidade ou invalidade do ato.

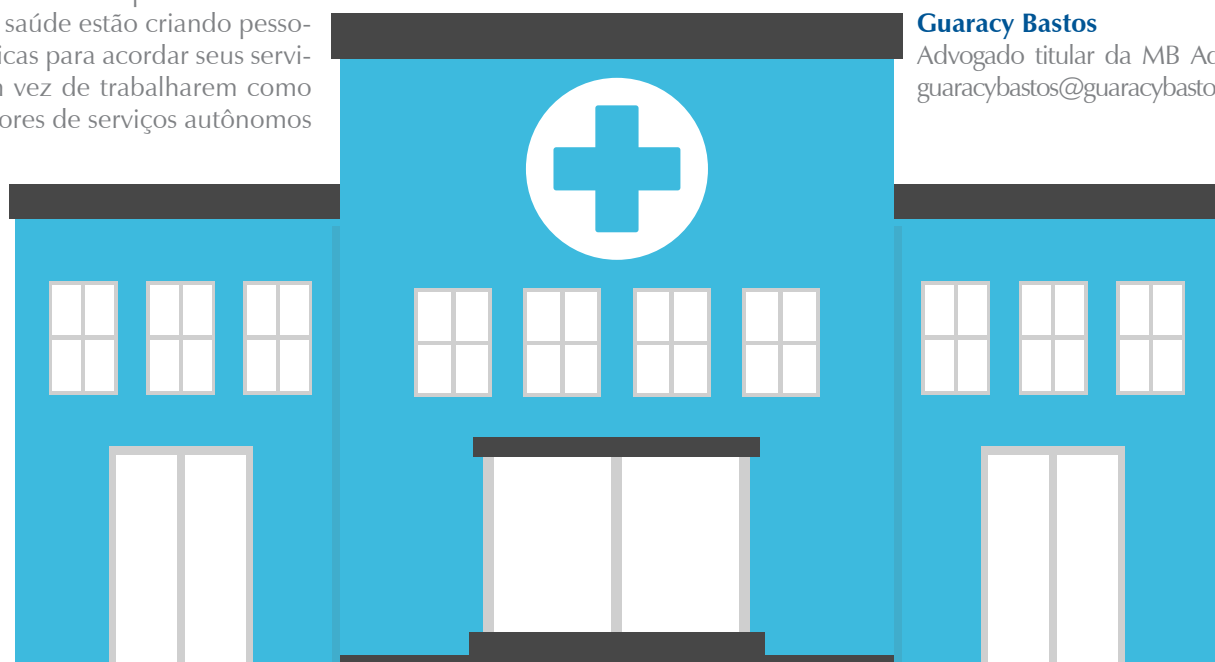
Sendo assim, verifica-se que a principal consequência da “pejotização dos hospitais” é, indubitavelmente, a ampliação de vagas, bem como de seu preenchimento com maior facilidade, ante o ônus reduzido frente à pessoa

jurídica, tendo como parâmetro os inúmeros encargos trabalhistas inerentes a uma relação de emprego formal. Fato é que esse processo facilitará, significativamente, a contratação de serviços hospitalares, o que, por sua vez, tende a tornar necessária a abertura de mais vagas, indo de encontro à onda de desemprego no Brasil, sobretudo no setor em alusão.

Destarte, embora existam algumas opiniões contrárias a esse processo, não há motivo para vê-lo como um ato prejudicial à saúde nos hospitais, tanto em relação aos profissionais de saúde, quanto aos pacientes, no geral. Além disso, o referido processo, certamente, tem todos os indícios de que consegue angariar um forte crescimento no setor, frente ao cenário de crise econômica no qual o Brasil ainda se encontra e que envolve, essencialmente, grandes empresas que administram hospitais e planos de saúde atualmente.

## Guaracy Bastos

Advogado titular da MB Advogados  
guaracybastos@guaracybastos.com.br



“Esse processo facilitará, significativamente,  
a contratação de serviços hospitalares”.

# A atividade hospitalar e os seus entraves tributários

Entre as situações que mais oneram as companhias da área, destacam-se três mais frequentes. A primeira é a incidência de contribuição ao PIS e COFINS sobre medicamentos sujeitos ao regime monofásico e que são utilizados como insumo na prestação de serviços. A segunda é cobrança de ICMS-ST sobre operações que não caracterizam comercialização de medicamentos. A terceira é a dificuldade no cumprimento dos requisitos para a utilização da base de cálculo presumida específica para os prestadores de serviços hospitalares na apuração do IRPJ e CSLL pelo lucro presumido. Passemos a analisá-las separadamente.

Os medicamentos vendidos pelas indústrias e pelos importadores, via de regra, estão sujeitos à incidência monofásica da contribuição ao PIS e da COFINS. Porém, é comum que os hospitais comprem esses remédios diretamente dos fabricantes para serem usados na prestação dos serviços.

Ocorre que a Receita Federal proíbe a aplicação da alíquota zero sobre a parcela da receita bruta dos hospitais relativa aos medicamentos sujeitos ao regime monofásico usados na prestação dos serviços. Os hospitais são, então, forçados a recolher as contribuições sobre o valor total da prestação do serviço médico, que já abrangem o custo dos medicamentos utilizados.

Lamentavelmente, a proibição foi ratificada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tal decisão provoca prejuízos aos hospitais, mas também aos pacientes, que precisam desembolsar valores altos pelo atendimento no sistema privado de saúde.

Os prestadores de serviços hospitalares esbarram ainda em outro obstáculo: a cobrança do ICMS-ST

na compra direta de medicamentos de distribuidores ou indústrias pelos hospitais, mesmo que esses compradores sejam isentos da cobrança do imposto. Novamente o STJ julgou legítima a cobrança do ICMS-ST nas vendas de medicamentos para os hospitais.

“O setor privado de saúde não é tratado pelo sistema tributário nacional como uma atividade garantidora do bem-estar social”

Há também uma controvérsia ainda mais antiga no âmbito dos tribunais: a abrangência legal do conceito de “serviços hospitalares” para fins da utilização da base de cálculo reduzida na apuração do IRPJ e da CSLL pelo lucro presumido, que gera uma economia de aproximadamente 7,8% sobre a receita bruta destes contribuintes.

Foram anos de questionamentos quanto ao tema. Antes, o Fisco considerava que somente as empresas com

capacidade para internação poderiam ser incluídas nessa categoria. Porém, o STJ entendeu que o tratamento fiscal diferenciado poderia ser concedido não só aos hospitais, mas também às empresas que prestam outros serviços médico-hospitalares, como radiologia e diagnóstico por imagem, oncologia, cirurgia plástica, hemoterapia e hematologia, entre outros.

Mais tarde, houve uma mudança na legislação com a Lei nº 11.727/08, que acrescentou outros requisitos para a apuração do IRPJ e da CSLL com a base de cálculo reduzida. Entre eles, destaca-se a necessidade de o contribuinte se organizar sob a forma de sociedade empresária.

Essa obrigação deixou o setor preocupado e contribuintes em dúvida se devem ou não aderir ou ao percentual menor de presunção das receitas tributáveis pelo IRPJ e pela CSLL. Afinal, apesar de a forma societária não exercer influência no desenvolvimento das atividades, a transformação em sociedade empresária gera consequências na tributação pelo ISS, que é diferente e menos onerosa para as sociedades médicas unipessoais.

Diante de todas as adversidades, nota-se que o setor privado de saúde não é tratado pelo sistema tributário nacional como uma atividade garantidora do bem-estar social, apesar de seu inquestionável valor para a sustentação do direito constitucional à saúde. Esse cenário prejudica o crescimento, a evolução e o barateamento dos serviços prestados, limitando, assim, o acesso da população aos serviços hospitalares privados.

**Janssen Murayama**

Advogado tributarista, sócio do Murayama Advogados Associados.

# Hospital Memorial Fuad Chidid

Na pesquisa “Marcas dos Cariocas”, realizada pela Troiano Branding, em parceria com o jornal O Globo e publicada em novembro do ano passado, o Hospital Memorial Fuad Chidid aparece entre os 10 mais lembrados pelos cariocas, no segmento clínicas e hospitais. A pesquisa identifica os produtos e serviços que encantam o consumidor carioca pela qualidade, preço justo e respeito aos clientes. “Excelente resultado que nos impulsiona para melhorar cada vez mais a inovação médica e a estrutura de atendimento hospitalar”, destaca o diretor médico, Antônio Monteiro.

Inaugurado em 1985, o Hospital Memorial tornou-se sinônimo de qualidade e eficácia, na visão do diretor médico, pelo conjunto de uma série de atributos, como um corpo clínico de alta qualificação e que trabalha junto há mais de 15 anos, além da ampla estrutura física e tecnológica. “Através de inúmeros investimentos da direção foi possível alcançar uma autossuficiência para realizar, com eficácia, um atendimento com qualidade sem abrir mão da humanização”, observa.

Localizado no Engenho de Dentro, região conhecida como Grande Meier, o hospital tem centros de excelência como o serviço de hemodinâmica Memorial Cor, que realiza centenas de procedimentos mensais entre angioplastias, arteriografias cerebrais, embolização de aneurismas, cateterismos, implante de marcapasso, estudo eletrofisiológico, entre outros procedimentos de ponta.

Em janeiro deste ano foi inaugurado o primeiro equipamento de ressonância magnética do hospital, que completa uma estrutura de exames diagnósticos integrada pela hemodinâmica, tomografia helicoidal, angiotomografia, ecocardiograma e ecovascular, ultrassonografia, eletroneuromiografia, mamografia e radiologia.

O resultado, segundo aponta Dr. Monteiro, é que todos os exames possam ser feitos no local, o que facilita o processo de diagnóstico e tratamento, além de proporcionar maior comodidade aos pacientes. “Para nós, a inauguração da Ressonância Magnética com essa qualidade é motivo de orgulho. A alta tecnologia a serviço do cliente nos permite oferecer o melhor”, explica, acrescentando que o hospital possui outros serviços de ponta como a litotripsia extra-corpórea de 5ª geração, com altíssimo índice de resolução”.

A emergência 24h integra um complexo de serviços que atende um alto volume de pacientes. O ambulatório faz cerca de 45 mil atendimentos por mês nas mais diversas especialidades, com o suporte da estrutura de um hospital geral: centro cirúrgico de 9 salas, 2 UTIS, 62 leitos de internação, urgência de adultos, urgências pediátricas e berçário.



Dr. Monteiro explica que um dos segredos para a excelência do Hospital Memorial Fuad Chidid é o investimento na educação continuada através da Universidade Corporativa do Grupo Memorial. O projeto foi criado em 2011, em função da necessidade de formar gestores, técnicos e demais funcionários para as 52 unidades do grupo.

O diretor médico revela que o grupo hospitalar já está elaborando projetos para o aumento da capacidade de atendimento. Em breve, sairá do papel a construção de um anexo para abrigar o centro de diagnósticos, centro de estudos, Universidade Corporativa e Instituto Memorial de Pesquisa. Além disso, dentro do conceito de um complexo hospitalar moderno, a direção do Grupo Memorial já iniciou os estudos para construção, a médio prazo, de um prédio para ampliação do Hospital Memorial.

Na visão de Antônio Monteiro, toda a equipe está comprometida em levar adiante a missão do hospital, que é prestar um atendimento voltado para uma conduta ética. “São duas situações a que nos acostumamos: dar valor à dedicação humanizada e ajudar a empresa a atender melhor seus clientes dentro de uma gestão moderna”, complementa.

# O desafio de promover uma nova gestão no hospital universitário

Fernando Ferry, diretor do Hospital Gaffrée e Guinle



Diretor do Diretor Geral do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle desde dezembro de 2014, o médico Fernando Ferry tem especialização em gestão hospitalar pública e é professor-associado de Clínica Médica e AIDS da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde coordena o Programa de Mestrado em Infecção pelo HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Médico do HUGG nos últimos 22 anos, Fernando Ferry explica que entende bem as necessidades de quem está na ponta e por isso se sente seguro para implementar uma série de medidas para melhorar a gestão do hospital e também nos serviços e instalações. Cita como exemplo a criação este ano de um centro cirúrgico para pequenos procedimentos em dermatologia, um dos que tem maior fila no sistema SISREG.

Em relação à parceria com a AHERJ, Fernando Ferry explica que a criação de um novo Departamento vai trazer a troca de conhecimentos, além de melhorar a gestão e o fluxo de informação entre os hospitais universitários e os demais, no preparo de cursos e outros eventos de interesse dos hospitais do Rio de Janeiro. “Esta integração deve existir e buscar a inovação sempre”, explica.

## Mudar os rumos do HUGG

“Primeiro foi buscar a capacitação. Assim, o Curso de Especialização em Gestão dos Hospitais Federais de Ensino para o SUS realizado no Hospital Sírio-Libanês ao longo do ano de 2016 foi essencial para isso. Hoje já temos bem definido o nosso Plano de Desenvolvimento Estratégico 2017/2018, e já sabemos os caminhos que devemos percorrer para mudar os rumos do HUGG. Este processo está em curso e é irreversível”.

“O hospital deve deixar de ser dos funcionários, seus amigos e parentes para ser do sistema de regulação do SUS”.

## Dificuldades no financiamento e custeio do hospital universitário

“O HUGG não possui orçamentação própria e os recursos para administrar o hospital são provenientes do SUS, da Universidade, do Programa de Restuturação dos Hospitais Universitários (REHUF) e de emendas parlamentares. No ano de 2017, recebemos até agora somente os recursos do SUS, que são apenas 1/3 do necessário. Estamos tomando medidas como reduzir o custo dos contratos e economizar onde for possível, além de aumentar as receitas”.

## Eficiência do faturamento do SUS

“A falta de preenchimento de planilhas informando o atendimento realizado, seu código, CID e outros dados, re-

sultam em glosas pelo SUS, ocasionando perdas financeiras consideráveis. Fazer a contratualização interna e preencher toda a burocracia do SUS é fundamental. Assim, este tem sido um grande desafio. O hospital deve deixar de ser dos funcionários e seus amigos e parentes para ser do sistema de regulação do SUS. Estamos conseguindo, pois passamos de 20 para 76% as vagas de atendimento pelo SISREG. Vamos chegar a 100%”

## Parceria com a AHERJ

“Temos que atuar em grupo e a AHERJ tem a capacidade de ser um pólo de aglutinação entre os hospitais universitários pela experiência e conhecimento da realidade da rede hospitalar do Rio de Janeiro. Os HUs podem responder com sua maior capacidade: o ensino. Em conjunto poderemos oferecer os mais diversos cursos para todos os hospitais do Rio de Janeiro, sejam públicos ou privados. A educação é a mola mestra do desenvolvimento da sociedade, a universidade tem a obrigação de contribuir”.

## Projetos para o hospital universitário em 2017

“Concluir as reformas das oito enfermarias, fazendo um ambiente acolhedor para o enfermo, seus familiares, os funcionários do hospital e os alunos; a reforma completa da maternidade, colocando em acordo com todas as portarias do Ministério da Saúde e ligadas à rede cegonha da Prefeitura, com parto humanizado e criação de três salas de PPP (pré-parto, parto e pós-parto), modernização de todos equipamentos, criação do isolamento para gestante, criação da UI para neonatos. Além disso, vamos ampliar o CTI, fazer a reforma do ambulatório de AIDS e construir novos espaços da endoscopia e hemodiálise.

O MUNDO ENSINA AS CRIANÇAS.  
DEVERÍAMOS APRENDER COM ELAS TAMBÉM.

nave

ANS - nº 309222

Quer viver mais? viva mais. Simples, assim.

SAÚDE  
**ASSIM**

VIVA MAIS

LIGUE PRA SUA SAÚDE: 21 2102 9797 | 21 2102 9787  
WWW.ASSIM.COM.BR