



---

---

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**TESIS FINAL**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Título:**

Identificación de los modelos de retribución de las prestaciones contratadas por los nosocomios privados con medicinas prepagas. Caso de estudio: sistemas de retribuciones en Rio de Janeiro (Brasil). Período de estudio: del año 2000 al 2013.

**Autor:**

JÚLIO CÉSAR DE SOUZA - N° matrícula de UCES: 57849

**Director:**

Director de Tesis de Argentina: Prof. Dr. Oscar García Romero

Co-Directora de Tesis de Brasil: Prof. Dra. Mg. Maria de Fátima Siliansky de  
Andreazzi

Buenos Aires, 05/03/2015

## **Tema:**

Modelos de Retribución Prestacional de los Servicios Hospitalarios

### **1. Introducción**

El mercado de la salud suplementaria de Brasil está expandiéndose desde la creación y reglamento establecido como normativo por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (A.N.S.).

Asimismo, forma parte de este escenario el envejecimiento de la población y la incorporación de las nuevas tecnologías que, además de aumentar los costos prestacionales, también contribuyen en algunos casos, para la judicialización de la Medicina.

Es por ello que, la intención de este trabajo de investigación es demostrar que el mercado de la salud suplementaria necesita revisar, analizar y evaluar el modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios. Atento a que, el actual modelo - de pago por producción - estimula el consumo indiscriminado de tecnologías hasta la iatrogenia, al utilizar métodos de diagnósticos que podrían ser sustituidos o hasta se pudiera prescindir de ellos.

El estudio propone un plan de recuperación de la evolución de los modelos de retribución prestacional por los servicios hospitalarios, en Río de Janeiro, en la última década; analizando sus ventajas, desventajas y los problemas que tienen y cuáles son los principales puntos y tendencias del mercado que permita un modelo más justo, donde el paciente debería ser el principal beneficiario del sistema.

El presente estudio aborda una reflexión y discusión sobre la propuesta de la A.N.S., la cual induce a un cambio en la práctica de la retribución prestacional, y así lo demuestra el resultado de la investigación realizada con empresas de autogestión de Río de Janeiro, sobre los actuales modelos y perspectivas de cambios de los mismos.

Cabe destacar que, las empresas están buscando un modelo de retribución prestacional factible y justo, que atienda las necesidades de los agentes pagadores y prestadores, y que a su vez permita la construcción de redes de atención calificadas. Además de que cubran los costos de las

prestaciones brindadas y, especialmente, propenda a optimizar los beneficios para los pacientes, a través de procesos de mejora continua, y contribuya a la consolidación de un sistema integral y solidario que proporcione más seguridad y calidad para sus clientes tanto internos como externos.

Componen el universo de estudio las Medicinas Prepagas afiliadas a la Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en Salud (UNIDAS), correspondiente a la Superintendencia del Estado de Río de Janeiro, la cual posee un universo de treinta y ocho (38) empresas de tamaño pequeño a grande y que poseen representatividad en el mercado de la salud suplementaria de Río de Janeiro.

## **2. Antecedentes y Planteo teórico**

El sector de la salud, a diferencia de otros sectores del mercado no gana en la reducción de los costos en el lanzamiento de las nuevas tecnologías, éstas siempre se añaden a las existentes, y sólo tienden a aumentar el costo para el sistema de salud, por lo tanto, se observa que las nuevas tecnologías se utilizan indiscriminadamente, causando una pérdida significativa, cuando las mismas no son necesarias para lo asistencial.

Los modelos actuales de retribución por estos servicios amplían los problemas, estimulando el consumo, en la lógica depredadora de transferencia de los costos, sin una correcta racionalización y sin un uso consciente y ético de los solicitantes y que muchas veces afecta a los usuarios.

El modelo utilizado, por lo general lleva a los hospitales a contratar auditores para examinar las cuentas de los mismos antes de entregar el informe a la empresa de Medicina Prepaga. En dicha auditoría, se hace la investigación de la historia clínica del paciente con el fin de observar todas las prestaciones para el cobro y que, posiblemente, pasara desapercibida en la facturación, así como para orientar el pago de los servicios asistenciales y las tasas pertinentes de los procedimientos realizados.

Las Medicinas Prepagas, a su vez, también contratan auditores para controlar las facturas presentadas, con el fin de observar los pagos a realizar, considerando si son pertinentes a los procedimientos autorizados y realizados. Dicha función incluye la verificación de cualquier elemento cargado en la factura, al cual se hace referencia y que, en algunos casos, no está registrado en la historia clínica del paciente, lo cual permite identificar una oportunidad de realizar débitos en las facturas recibidas.

Este modelo ha sido cuestionado por las partes implicadas, creando expectativas para el estudio y desarrollo de nuevos modelos que proporcionen el establecimiento de protocolos desarrollados en acuerdos consensuados entre ellas, donde puede ser posible aportar una mejor indicación o intervención médica, junto con la mejor técnica, la optimización de los recursos en la elección de los mejores servicios con los costos adecuados.

Asimismo, que dicho acuerdo tienda a una mejor valorización de los profesionales médicos que prestan asistencia a los pacientes.

Mientras que en el sistema se podría desarrollar e invertir en mejoras de la asistencia médica y en el progreso para la construcción de protocolos que conduzcan a la mejora de la calidad con un menor costo para el hospital y la Medicina Prepaga y por lo tanto, agregar valor para el tratamiento del paciente mejorando su calidad asistencial.

El estudio propone un plan de recuperación de la evolución de los modelos de retribución prestacional por los servicios hospitalarios, en Río de Janeiro, en la última década; analizando sus ventajas, desventajas y los problemas que tienen y cuáles son los principales puntos y tendencias del mercado que permita un modelo más justo, donde el paciente debería ser el principal beneficiario del sistema.

En un mercado en auge, donde las nuevas tecnologías son absorbidas rápidamente por los profesionales, es necesario ajustar los costos utilizando las mejores técnicas y la tecnología necesaria de medicina basada en la evidencia. Todo esto garantizando también la equidad en el sistema privado de salud en Río de Janeiro.

Asimismo, se observa que el mercado está en busca de un modelo adecuado de retribución prestacional de los servicios de salud, que satisfaga al pagador, cubra los costos de los servicios y, especialmente, que aporte beneficios para el paciente, proporcionando un sistema que va a generar más confianza entre las partes y una mayor calidad de los servicios. Este plan contribuiría con el fortalecimiento del sistema de salud y el aumento de su equidad, además mejoraría el proceso en la gestión laboral y aplicaría una mayor fuerza de trabajo para agregar valor a los beneficiarios del sistema.

### **3. Materiales y Métodos**

El método de estudio es descriptivo, observacional, analítico y retrospectivo. Tomando como criterio de selección los modelos de compensación de los servicios hospitalarios privados contratados por las medicinas prepagas existentes en la ciudad de Río de Janeiro entre 2000 y 2013.

La estrategia metodológica consiste en el análisis cualitativo y cuantitativo; preparación y aplicación de cuestionarios semiestructurados y análisis de documentos.

El universo de estudio es las Medicinas Prepagas afiliadas a la Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en Salud (UNIDAS), correspondiente a la Superintendencia del Estado de Río de Janeiro, la cual posee un universo de treinta y ocho (38) empresas de tamaño pequeño a grande y que poseen representatividad en el mercado de la salud suplementaria de Río de Janeiro.

La muestra es intencional y aleatoria, representa un 39,5% del Universo. La misma está compuesta por quince (15) empresas, en la modalidad de autogestión en salud, que aceptaron y respondieron a la encuesta aplicada referente a los Modelos de Retribución Prestacional de Servicios Hospitalarios.

No obstante, cabe destacar que dicha muestra relevada adquiere representatividad en el mercado en función a la cantidad significativa de

beneficiarios que poseen, que engloba aproximadamente un 80% del Universo.

Las encuestas semiestructuradas fueron aplicadas en el período de 20/05/2014 a 01/07/2014, elaboradas por el investigador.

Las fuentes fueron primarias de elaboración propia y secundarias: bibliografías, recupero de diversos sitios web consultados, estadísticas, Historias Clínicas, etc.

Después de la aprobación del Proyecto de Tesis, se elaboraron los instrumentos de recolección de datos en terreno, se realizaron 5 (cinco) pruebas piloto de dichos instrumentos para no obviar u omitir algún campo de pregunta a realizar y/o datos. A posteriori, se realizó el trabajo en la empiria, se procesaron y analizaron los datos relevados, arrojando los resultantes que articulan con el Marco Conceptual de la Tesis. Cabe destacar que, al ser la presente investigación un caso de estudio, sus resultantes no son susceptibles de generalización.

#### **4. Resultados y Discusión**

Fue elaborada una encuesta semiestructurada con dieciséis (16) preguntas y aplicada a los gestores de estas instituciones, que poseen conocimientos de los modelos de retribución prestacional utilizados en las empresas y que son representantes de éstas ante la UNIDAS. El tema de estudio de la presente investigación, se considera un asunto de discusión en sus asambleas y en las negociaciones con los prestadores de servicios.

El principal objetivo de esta encuesta fue conocer los diferentes modelos de retribución prestacional aplicados por la modalidad de autogestión en el sistema de salud en Río de Janeiro y la percepción de esas empresas sobre las consecuencias de éstos en el mercado de la salud, según algunos datos destacados en el presente estudio y la visualización de los resultados arrojados por el trabajo en la empiria, la cual consta en el Anexo 2 del presente trabajo.

De los gestores que respondieron a la encuesta, 09 de ellos o sea el 60% trabajan en el área de salud desde hace más de 10 años; el 80% tienen postgrado realizado y el 67% se graduó en Administración.

Las instituciones consultadas adoptan más de un modelo de retribución prestacional de los servicios hospitalarios, con predominio para el sistema de la cuenta abierta en un 100%; y por paquetes –módulos- en un 93%. Cabe mencionar que, después del estímulo de la A.N.S. una institución empieza a desarrollar estudios para el cobro a través del Procedimiento Clínico Gestionado y dos por el Procedimiento Quirúrgico Gestionado. El 93% de estos gestores creen que el actual modelo de cuenta abierta por unidad de servicios genera desconfianza entre las partes comprometidas, hospital y empresa, afectando a los beneficiarios demandantes de servicios asistenciales.

Después de haber realizado la encuesta, la tabulación de datos y el análisis de los mismos, se observa que las empresas de autogestión en salud han venido, en el transcurso de los años, adoptando el modelo de cuenta abierta, pago por producción, y evolucionando para el formato-composición de los paquetes, tan solo en la lógica de la asignación de los precios de procedimientos rutinariamente ya realizados.

Los cuales articulan con las prestaciones y los valores históricos de cobro.

Es decir que, poco se evolucionó en otras formas de retribución, a pesar que la desconfianza en el proceso de cobro genera costos administrativos y es sabido que el modelo vigente no reduce el costo de la asistencia sanitaria.

Algunas empresas intentaron cambiar la lógica del modelo tradicional, por iniciativa propia o por propuesta de algún hospital, pero, hasta el momento, sin mayores avances o éxito en este cambio.

Es considerado como un criterio unánime que se estima necesario un cambio (cuanto antes mejor), pues el actual modelo tornará al sistema vigente como insustentable.

Aunque no se tenga mucha experiencia en los modelos propuestos por la A.N.S., la tendencia de las empresas en la modalidad de autogestión

es trabajar y encaminar sus esfuerzos para la adopción de los modelos de los procedimientos gestionados y de la cuenta abierta perfeccionada con la migración de los precios de insumos para las estadías diarias y tasas establecidas.

## **5. Conclusiones / Recomendaciones**

Los modelos de retribución prestacional por los servicios asistenciales hospitalarios, contratados entre las empresas de Medicinas Prepagas y los hospitales, no atienden a los anhelos de las partes intervinientes. Asimismo, no le presta importancia en el servicio de salud con su consecuente manutención y/o el aumento de la calidad en dichos servicios. Ello ocurre, mientras que el mercado apunta a satisfacer la necesidad de cambiar el modelo de retribución y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria lanza un proyecto piloto con una propuesta para permutar el modelo imperante, con el apoyo de los hospitales y las empresas financiadoras, que propende a la posibilidad de un cambio más factible y figura como posible solución a medio plazo para una mejora en la relación entre las partes intervinientes.

Este cambio requiere de una atención muy especial para que permanezca la equidad. No es factible simplemente cambiar un modelo pensando tan sólo en la reducción de costos, atento a que ello puede provocar un colapso en la calidad del sistema asistencial.

Está claro que el mercado de la salud de Río de Janeiro y de Brasil tienen que basarse en modelos de éxito e incorporar nuevas soluciones de gestión de los servicios en el área de la salud privada. Los sistemas existentes tienden a la individualidad y al consumo indebido de diversos servicios y suministros, que podrían evitarse y centrar los esfuerzos en un sistema que añada valores agregados con más calidad y con menos costos para los participantes del mismo.

Teniendo en cuenta las observaciones de la evolución del mercado de la salud en Río de Janeiro, se sugiere como una posible mejora a corto plazo, los incentivos para la adopción del modelo de Estadía Diaria Global con la provisión de suministros para los mismos, demostrando la posibilidad



de previsibilidad a los financiadores y estimulando a los prestadores de servicios para la gestión de los suministros.

En el medio plazo, se requiere una evolución para aplicar los Procedimientos Quirúrgicos Gestionados, a través de la participación del equipo médico de los hospitales en la creación de protocolos y como parte “activa” en la gestión de los costos.

Con la introducción de los dos modelos propuestos anteriormente, se observa como posible mejora a largo plazo, la evolución hacia la adopción de los Procedimientos Clínicos Gestionados y la creación de indicadores de calidad que permitan un modelo de retribución por los resultados obtenidos.

Todo cambio a implementar en los modelos retributivos, debe ser estratégicamente estudiado entre los actores del sector, estableciendo un sistema de Planificación, Gestión y Control del Sistema de la Gestión de la Calidad (S.G.C.) en sistema de salud suplementaria de Río de Janeiro.

## **6. Bibliografía**

### **6.1. Bibliografía General:**

Artells, J.J., Rodríguez, J. R., Berenguer, J., Casas, M., Rovira, J., Muslera, E. (1994). *Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona, España: Ediciones Vicens Vives.

Chistensen, C. M., Grossman, J. H., Hwang, J. (2009). *Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar a qualidade*. Tradução Vieira, A. G., Cunha, M. B., Costa R. C. Porto Alegre, Brasil: Editorial Bookman.

Gherzi, C. A., Weingarten, C., Ippolito, S. C. (1993). *Contrato de medicina prepaga*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea.

Iglesias, G., Resala, G. Bernhardt, F. (2009). *Trabajo final, Tesinas y Tesis: Modalidades, Estructura Metodológica y Discursiva, Evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Ediciones Cooperativas.

Lemus, J. D., Aragües y Oroz, V., Lucioni, M. C. y colaboradores. (2009). *Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de la Salud*. Argentina: Editorial Corpus.

Lemus, J. D., Aragües y Oroz, V. y colaboradores. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Bases epistemológicas, metodología,*

- abordaje operativo y formación de recursos humanos*. Argentina: Editorial Corpus.
- Loverdos A. (2003). *Auditoria e análise de contas médico-hospitalares*. 3a edição. São Paulo, Brasil: Editora STS.
- Matos, A. J. (2002). *Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão*. São Paulo, Brasil: Editora STS.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2004). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Montone, J., Castro, A. J. W. (organizadores). Rio de Janeiro. Brasil: Ministério da Saúde.
- Motta, A.L.C. (2003). *Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento*. 1a ed. São Paulo, Brasil: Editorial Látria.
- Meléndrez, E. H. (2006). *Metodología de la Investigación: Como escribir una tesis*. Argentina: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Paim, C. R. P., Ciconelli, R. M. (2007). *Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde*. São Paulo, Brasil: Editorial RAS.
- Pires, D. S. y colaboradores. (2008). *Judicialização da Saúde Suplementar*. Belo Horizonte, Brasil: Editorial Unimed-BH
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a Saúde: Estratégias para qualidade e reduzir os custos*; tradução de Bazan, C. Porto Alegre, Brasil: Editorial Bookman.
- Segatto, C. (2014). *Dilemas da saúde: A morte financeira das famílias que usam os serviços de hospitais privados*. Brasil: Editorial Época, 60-82.
- Scheffer, M., Bahia, L. (2010). *Planos de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo, Brasil: Editora Unesp.
- Silva, E. L., Menezes, E.M. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ª ed. Revista Atualizada. Florianópolis, Brasil: Editorial de: UFSC.
- UNIDAS - União Nacional das Instituição de Autogestão em Saúde. (2012). *Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa*. São Paulo, Brasil.

## **6.2. Recuperado de Sítios Web Consultados:**

- Andreazzi, M.F.S. (2003). *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Recuperado de: <http://www.ipea.gov.br>.
- Bessa, R. O. (2011). *Análise dos Modelos de Remuneração Médica no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro*. (Tesis de maestrando). Fundação Getúlio Vargas. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8151/61090100005.pdf?sequence=1>.
- Blay, E. (2011). *Em busca de Novos modelos de pagamento hospitalar*. Recuperado de: <http://saudeweb.com.br/blogs/em-busca-de-novos-modelos-de-pagamento-hospitalar/>.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). Novo Modelo para remuneração de hospitais, Carvalho, B.S. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1860--novo-modelo-para-remuneracao-de-hospitais>
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2012). *Novo Modelo para remuneração de hospitais*. Figueiredo, C. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/imprensa/releases/80-operadoras/1863--novo-modelo-para-remuneracao-de-hospitais>.
- Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (2014). *Foco Saúde Suplementar. Setembro 2013*. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>.
- Brasil. União Nacional das Empresas de Autogestão. (2010). *Remuneração Hospitalar: Discutindo a construção de parâmetros consensuais*. Recuperado de: [http://unidas.org.br/institucional/arq\\_inst/8\\_congresso/afonso\\_matos.pdf](http://unidas.org.br/institucional/arq_inst/8_congresso/afonso_matos.pdf).
- Junior, A. E., Koyama, M. F. (2007). *O Relacionamento entre hospitais e operadoras de Planos de Saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n4/09.pdf>.
- Junqueira, L. A. P. (1990). *Gerência dos Serviços de Saúde*. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002).
- Ribeiro, A. (2012). *Revisão do Modelo de Remuneração Hospitalar pelas Fontes Pagadoras Privadas*. Recuperado de: [http://www.britcham.com.br/download/090312\\_ary\\_ribeiro\\_ANAHP.pdf](http://www.britcham.com.br/download/090312_ary_ribeiro_ANAHP.pdf).
- Silva, A. A. (2003). *Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços - Um Novo Relacionamento Estratégico*. Recuperado de: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AR\\_6\\_A\\_AlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_A_AlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf).

Takahshi, A. C. D. (2011). *Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano*. Recuperado de: [http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/DISSERTACAO\\_ANA\\_CLAUDIA\(1\).pdf](http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/DISSERTACAO_ANA_CLAUDIA(1).pdf).