

Estudo comparativo entre diferentes modelos de remuneração praticados em um hospital privado

Comparative study among different remuneration models practiced in a private hospital
Estudio comparativo entre diferentes modelos de remuneración practicados en un hospital privado

Caroline Rife Nobrega Leal¹  <https://orcid.org/0000-0002-2444-0102>
Antônio Fernandes Costa Lima¹  <https://orcid.org/0000-0002-3582-2640>

Como citar:

Leal CR, Lima AF. Estudo comparativo entre diferentes modelos de remuneração praticados em um hospital privado. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE001525.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025A0001525>



Descritores

Hospitais privados; Custos hospitalares; Custos de cuidados de saúde; Seguro saúde; Remuneração; Planos de pagamento por serviço prestado

Keywords

Hospitals, private; Hospital costs; Health care costs; Insurance health; Remuneration; Fee-for-service plans

Descriptores

Hospitales privados; Costos de hospital; Costos de la atención en salud; Seguro de salud; Remuneración; Planes de aranceles por servicios

Submetido

10 de Julho de 2024

Aceito

22 de Abril de 2025

Autor correspondente

Caroline Rife Nobrega Leal
E-mail: carol_rife@hotmail.com

Editor Associado

Alexandre Pazetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Comparar os modelos de remuneração praticados em relação às cirurgias de colecistectomia e bariátricas em duas Unidades de um hospital privado.

Métodos: Estudo quantitativo, comparativo e retrospectivo abrangendo os modelos de remuneração de cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) e bariátricas praticados nas Unidades I (Misto e *Fee for service*) e II (*Bundle*) de um hospital privado, na perspectiva do prestador de serviços de saúde. Para as variáveis com diferença estatística significativa (teste ANOVA $p < 0.05$), utilizou-se o teste de *Games-Howell* para a comparação *post-hoc*, dois a dois.

Resultados: Nas cirurgias de colecistectomia, a receita total média (R\$ 14.557,73), receita média da cirurgia (R\$ 11.090,67), receita média de internação (R\$ 3.467,07), custo total médio (R\$ 10.135,58) e o custo médio da cirurgia (R\$ 7.777,42) foram maiores no modelo *Fee for service*. O modelo *Bundle* apresentou menor tempo de sala cirúrgica com 51.17 minutos, menor média de diária de internação (1,05 dias), sem registros de complicações cirúrgicas. Nas cirurgias bariátricas, a receita total média (R\$ 29.425,62), receita média da cirurgia (R\$ 24.175,33) e receita média com internação (R\$ 5.250,33) também foram maiores no modelo *Fee for service*. A média de tempo de sala cirúrgica e diárias de internação foram menores no modelo *Bundle* (72,67 minutos e 1,1 dias de internação, respectivamente), foram encontradas mais complicações nos modelos *Fee for service* e *Bundle* (14% e 12%, nessa ordem). Em ambas as cirurgias, o modelo *Fee for service* foi o modelo mais lucrativo (R\$ 4.422,15/colecistectomia e R\$10.199,22/bariátrica) e o *Bundle* resultou no menor custo total médio (R\$ 5.520,47/colecistectomia e R\$15.498,27/bariátrica).

Conclusão: O modelo de remuneração *Fee for service* apresentou melhores resultados financeiros para o faturamento hospitalar e o modelo *Bundle* os menores custos totais médios, com resultados assistenciais mais favoráveis quanto ao tempo de sala, número de diárias de internação e complicações associadas às cirurgias supracitadas.

Abstract

Objective: To compare the remuneration models practiced in relation to cholecystectomy and bariatric surgeries in two units of a private hospital.

Methods: This is a quantitative, comparative and retrospective study covering the remuneration models for cholecystectomy (elective and emergency) and bariatric surgeries practiced in units I (mixed and fee for service) and II (bundle) of a private hospital from healthcare service providers' perspective. For variables with statistically significant difference (ANOVA test $p < 0.05$), the Games-Howell test was used for post-hoc comparison two by two.

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Results: In cholecystectomy surgeries, the mean total revenue (R\$14,557.73), mean surgery revenue (R\$11,090.67), mean hospitalization revenue (R\$3,467.07), mean total cost (R\$10,135.58) and mean surgery cost (R\$7,777.42) were higher in the fee for service model. The bundle model showed a shorter operating room time of 51.17 minutes, a lower mean daily hospitalization (1.05 days), and no records of surgical complications. In bariatric surgeries, the mean total revenue (R\$29,425.62), mean surgery revenue (R\$24,175.33) and mean hospitalization revenue (R\$5,250.33) were also higher in the fee for service model. The mean operating room time and hospitalization days were shorter in the bundle model (72.67 minutes and 1.1 days of hospitalization, respectively), and more complications were found in the fee for service and bundle models (14% and 12%, in that order). In both surgeries, the fee for service model was the most profitable model (R\$4,422.15/cholecystectomy and R\$10,199.22/bariatric) and the bundle resulted in the lowest mean total cost (R\$5,520.47/cholecystectomy and R\$15,498.27/bariatric).

Conclusion: The fee for service remuneration model presented better financial results for hospital billing and the bundle model presented the lowest mean total costs, with more favorable care results regarding room time, number of hospitalization days and complications associated with the aforementioned surgeries.

Resumen

Objetivo: Comparar los modelos de remuneración practicados con relación a cirugías de colecistectomía y bariátricas en dos unidades de un hospital privado.

Métodos: Estudio cuantitativo, comparativo y retrospectivo que incluye los modelos de remuneración de cirugías de colecistectomía (electivas y de urgencia) y bariátricas, practicados en la Unidad I (Mixto y *Fee for service*) y II (*Bundle*) de un hospital privado, bajo la perspectiva del prestador de servicios de salud. Para las variables con diferencia estadística significativa (prueba ANOVA $p < 0.05$), se utilizó la prueba de Games-Howell para la comparación post-hoc, por pares.

Resultados: En las cirugías de colecistectomía, los ingresos totales promedio (R\$ 14.557,73), los ingresos promedio de la cirugía (R\$ 11.090,67), los ingresos promedio de internación (R\$ 3.467,07), el costo total promedio (R\$ 10.135,58) y el costo promedio de la cirugía (R\$ 7.777,42) fueron mayores en el modelo *Fee for service*. El modelo *Bundle* presentó menor tiempo de quirófano con 51,17 minutos, menor promedio de días de internación (1,05 días), sin registros de complicaciones quirúrgicas. En las cirugías bariátricas, los ingresos totales promedio (R\$ 29.425,62), los ingresos promedio de la cirugía (R\$ 24.175,33) y los ingresos promedio de internación (R\$ 5.250,33) también fueron mayores en el modelo *Fee for service*. El tiempo promedio de quirófano (72,67 minutos) y de días de internación (1,1 días) fueron menores en el modelo *Bundle*. Se observaron más complicaciones en los modelos *Fee for service* (14 %) y *Bundle* (12 %). En ambas cirugías, el modelo *Fee for service* fue el modelo más lucrativo (R\$ 4.422,15/colecistectomía y R\$ 10.199,22/bariátrica) y el *Bundle* resultó ser el de menor costo total promedio (R\$ 5.520,47/colecistectomía y R\$ 15.498,27/bariátrica).

Conclusión: El modelo de remuneración *Fee for service* presentó mejores resultados financieros para la facturación hospitalaria y el modelo *Bundle* los menores costos totales promedio, con resultados asistenciales más favorables respecto al tiempo de quirófano, cantidad de días de internación y complicaciones asociadas a las cirugías mencionadas.

Introdução

Os serviços de saúde estão incorporando, cada vez mais, os conceitos de avaliação econômica tendo em vista que as restrições orçamentárias e de recursos impõem aos gestores, gerentes e profissionais de saúde a tomada de decisões complexas.⁽¹⁾

No Brasil, apesar do Sistema de Saúde Único (SUS) público e de acesso universal, tem predominado o investimento da maior parte de recursos financeiros no Sistema de Saúde Suplementar (SSS), ao qual têm acesso cerca de 23% da população. A parcela destinada ao custeio do SUS corresponde a pouco menos de 50% do produto interno bruto e contrasta com os investimentos nos países que têm eficientes sistemas de saúde com acesso universal, como Reino Unido (94,2%), Suécia (84%) e França (81%), e aproxima-se daquela observada nos Estados Unidos da América (47%), onde se privilegia o sistema privado.⁽²⁾

A Agência Nacional de Saúde Suplementar contabilizou a existência de mais de 50,3 milhões de beneficiários com planos privados de assistência médi-

ca no Brasil, sendo 40 milhões relativos aos planos coletivos empresariais ou por adesão. O volume de beneficiários gerou uma receita de contraprestações de R\$ 106 bilhões até o terceiro trimestre de 2015; as despesas assistenciais contabilizaram R\$ 90 bilhões (76,5% do total de despesas). Em 2000, após o alcance de 2.004 Operadoras de Planos de Saúde (OPS) em atividade, encerrou-se o ano de 2017 com 1290 OPS, das quais 1076 contavam com beneficiários; a maior parte (82,5%) concentrada em 168 das 780 OPS. Enquanto as três maiores OPS possuem 9,6 milhões de beneficiários, as 515 menores possuem 4,8 milhões.⁽³⁾

No contexto do SSS brasileiro, a necessidade de melhoria continua dos processos de gestão e gerenciamento dos serviços prestados e as dificuldades enfrentadas pelas OPS requerem que os profissionais de saúde se apropriem do conhecimento relativo aos diferentes modelos de remuneração, propiciando o incremento da qualidade e dos custos beneficiando seguradoras, OPS, prestadores de saúde e pacientes/clientes.⁽⁴⁾

As discussões relativas à política de pagamento de prestadores de serviços estão associadas ao modelo de atenção e aos resultados em saúde esperados, tornando-se cada vez mais evidente que o modelo de remuneração impacta na assistência prestada e em seus resultados.⁽⁵⁾ Dentre os modelos de remuneração adotados pelos serviços de saúde privados, neste estudo serão abordados o *Fee for service* (pagamento por serviço) e o *Bundle* (pagamento por pacote).

No *Fee for service*, lista-se tudo que for requerido ao processo assistencial (exame, procedimento, material, diária e internação) em uma fatura detalhada enviada à OPS. Neste modelo, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores; a remuneração depende do volume de serviço prestado e dos materiais consumidos.⁽⁶⁾

Este modelo estimula o aumento da quantidade de processos, o volume e a complexidade dos serviços, com ênfase na produção (quanto maior for, maior será o pagamento recebido) sem levar em conta a qualidade, que deve ser o foco de todo prestador. Na lógica da produção, este modelo tem estimulado as OPS a glosarem itens de contas hospitalares, baseadas em recursos técnicos ou administrativos.^(7,8)

No *Bundle*, o prestador recebe um valor previamente definido e acordado com a fonte pagadora pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo o tratamento de uma condição específica. O valor é empacotado, incluindo todos os cuidados que o paciente possa precisar durante seu tratamento e os prestadores têm responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento. Este modelo leva em conta a melhoria do desempenho dos tratamentos, tanto em economias como em qualidade, requerendo uma base de dados sobre o histórico do paciente e da população. Assim, o risco recai sobre o prestador não sendo compartilhado pela fonte pagadora;⁽⁵⁻⁷⁾ sua implementação envolve avaliação detalhada das ações de risco e seleção cuidadosa do valor de pagamento.⁽⁹⁾

Um hospital privado da grande São Paulo (HP-SP), reconhecido como uma das maiores instituições hospitalares de alta complexidade do país, com duas Unidades, denominadas no presente estudo de I e II, foi pioneiro na adoção do *Bundle* visando

oferecer um modelo experimental de previsibilidade de custos.

Por alguns anos, as doenças digestivas consistiram no foco principal de atuação deste hospital atraindo uma equipe médica de referência para o mercado, o que resultou no elevado número de cirurgias do aparelho digestivo nas duas Unidades, onde os atendimentos em centro cirúrgico (CC) repercutem, favoravelmente, nos aspectos econômico-financeiros.

Atualmente as cirurgias do aparelho digestivo continuam ocorrendo em maior quantidade nas Unidades I e II do HP-SP, destacando-se o quantitativo de cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) e bariátricas, as quais são muito significativas para o faturamento hospitalar.

A Unidade I pratica, predominantemente, o modelo de remuneração *Fee for service* o qual, para algumas OPS credenciadas, está em fase de transição para o *Bundle*, sendo esta denominada, no presente estudo, como modelo Misto, e a Unidade II o *Bundle*.

Frente ao exposto, objetivou-se comparar os modelos de remuneração praticados em relação às cirurgias de colecistectomia e bariátricas em duas Unidades de um hospital privado.

Métodos

Estudo quantitativo, comparativo e retrospectivo abrangendo os modelos de remuneração praticados nas Unidades I (inaugurada há 120 anos) e II (inaugurada há sete anos) do HP-SP, que atua nas áreas de doenças circulatórias, digestivas, oncológicas, osteomusculares e atenção ao idoso. Em ambas as Unidades, o hospital adota o custeio por absorção, amplamente empregado nas organizações de saúde do país por ser o único aceito pela legislação brasileira no cálculo do Imposto de Renda.⁽¹⁰⁾

Com a utilização do custeio por absorção, as Unidades I e II do HP-SP são estruturadas em um conjunto de centros de custos classificados em produtivos ou finais (que prestam os serviços de saúde); auxiliares (que apoiam aos centros de custos produtivos) e administrativos (que dão suporte

administrativo aos centros de custo produtivos e auxiliares).⁽¹¹⁾

Por meio deste método de custeio, identificam-se os centros de custos e todos os custos de produção (diretos, indiretos, fixos e variáveis) são alocados aos custos dos produtos e serviços da organização. Propicia conhecer o valor que cada centro de custos absorve, dos demais centros de custos ou de fornecedores externos, e a somatória corresponde ao valor do centro de custos em consideração. Assim, os custos diretos e indiretos dos centros produtivos são somados ao rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos obtendo-se o custo total.⁽¹¹⁾

Na Unidade I, foram analisados os modelos *Fee for service* (conta aberta, nenhum item empacotado) e Misto (número de diárias de internação definidas e sem risco incluso [reinternações e/ou complicações cirúrgicas], inclusos Órteses, próteses e materiais especiais - OPMEs); e na Unidade II, o modelo *Bundle* (sem número de diárias de internação definidas, risco incluso [reinternações e/ou complicações cirúrgicas], inclusos OPMEs).

Esclarece-se que os pacotes foram montados pelos coordenadores das equipes assistenciais da Unidade II, os quais possuem o conhecimento técnico específico dos procedimentos realizados. Por meio de reuniões, comparações de técnicas e alinhamento com as diferentes equipes cirúrgicas, foram relacionados os materiais, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), equipamentos, taxas relacionadas a espaço físico (uso de sala cirúrgica, sala de ambulatório) e honorários médicos. Após a montagem dos pacotes, os procedimentos foram precificados pelo Setor de Produto e Precificações do HP-SP, considerando os riscos incorporados (complicações cirúrgicas, aumento do período de internação, reinternações, perda de material e/ou medicamentos, entre outros), a margem de segurança e os valores praticados pelo mercado.

No período de 2018 a 2021, foram realizadas 2.834 cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) e bariátricas. Adotando-se 95% de grau de confiança e 5% de margem de erro, obteve-se o tamanho amostral de 357 procedimentos cirúr-

gicos e seus desdobramentos. Após o cálculo total, foi necessária a ponderação entre os valores estratificados por meio de vários cálculos percentuais de quanto cada conta significava em relação à população. Assim, foram estabelecidas as amostras de: 30 cirurgias de colecistectomia remuneradas por *Fee for service* e 150 no Misto, para a Unidade I, e 24 no *Bundle* para a Unidade II; e 24 cirurgias bariátricas remuneradas por *Fee for service* e 70 no Misto, para a Unidade I, e 58 no *Bundle* para a II. Para o cálculo amostral foram consideradas todas as cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) e bariátricas, realizadas nas duas Unidades, no período supracitado.

Coleta e análise de dados

A coleta de dados ocorreu, por meio de acesso aos registros eletrônicos (prontuários e contas das cirurgias e internações) disponibilizados pelos HP-SP, de 2023 julho de 2023 a junho de 2024. Para eventuais dúvidas ou conflitos de informações, solicitaram-se esclarecimentos aos gerentes responsáveis pelos setores Comercial e Produtos e Precificações.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas conforme os temas: custos e receitas, tempo de internação, reinternações, e complicações relacionadas à cirurgia e/ou internação.

Para as análises, utilizou-se o *software* estatístico Jamovi (Versão 2.4);⁽¹²⁾ as variáveis numéricas contínuas foram apresentadas como “média $\pm$ desvio padrão-DP” e valores mínimos e máximos, e as variáveis categóricas como frequência e porcentagens (%); valores de $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Para as variáveis com diferença estatística significativa ($p < 0.05$) na comparação dos três grupos (modelos de remuneração) pelo teste ANOVA, foi utilizado o teste de *Games-Howell* para a comparação *post-hoc*, dois a dois.

O desenvolvimento deste estudo atende aos padrões nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HP-SP, por meio do parecer consubstanciado número: 3.975.774 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 28550620.8.0000.0070).

Resultados

Na amostra de cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) predominou o sexo feminino; a média de idade para o modelo Misto foi de 51,15 anos (DP±14,96), *Fee for service* de 48,9 anos (DP±15,52) e *Bundle* de 47,2 anos (DP±10,71); o diagnóstico de Calculose da vesícula biliar foi o mais frequente nos três modelos (73%, 63% e 71%, respectivamente), seguido pela Colecistite (11%, 17% e 2%, nessa ordem). Considerando os procedimentos cirúrgicos principais, nos três modelos predominou a Colecistectomia com Colangiografia por videolaparoscopia (86% no Misto, 83% no *Bundle* e 73% no *Fee for service*). O tempo de sala foi maior no Misto, com média de 63,82 minutos (DP±28,72); o *Bundle* apresentou menor tempo (51,17-DP±15,23 minutos). Nos três modelos a média de diárias de internação foi de um dia, sendo a menor no modelo *Bundle* (1,05 - DP±0,210); não houve o registro de complicações cirúrgicas no modelo *Bundle*; no *Fee for service* 10% dos pacientes tiveram alguma complicação e no Misto 4%.

A tabela 1 mostra a comparação entre os modelos, por meio do teste estatístico ANOVA, em relação aos valores de receita e custo atribuídos às cirur-

gias de colecistectomia. Houve diferença estatística significativa entre todas as variáveis de receita e custo avaliadas, exceto custo de internação. Para a comparação post-hoc, dois a dois considerou-se: Misto *versus Fee for Service*: (houve diferença estatística para receita da cirurgia, receita total e lucro); Misto *versus Bundle* (houve diferença estatística para todas as variáveis, exceto custo de internação e lucro); e *Fee for service versus Bundle* (houve diferença estatística para todas as variáveis, exceto custo de internação).

A receita média total foi maior para o modelo *Fee for service* (R\$ 14.557,73-DP±4.911,30), seguido dos modelos Misto (R\$ 9.675,21 -DP±2.098,86) e *Bundle* (R\$ 6.998,96-DP±1.096,92). Houve maior diferença estatística na receita média da cirurgia, sendo as maiores remunerações no *Fee for service* (R\$ 11.090,67-DP±2.147,26) e no Misto (R\$ 7.037,71-DP±874,62). No modelo *Bundle*, obteve-se o menor custo total médio, (R\$5.520,47-DP±3.243,18), o maior custo médio com internação (R\$ 2.734,77-DP±2.743,42) e a menor média de receita cirurgia (R\$ 4.330,58-DP±825,24).

Considerando a receita média da internação, o *Fee for service* também apresentou o maior valor (R\$ 3.467,07-DP±3.460,51) e o *Bundle* o menor (R\$ 1.230,17-DP±394,54); apenas no modelo *Fee for*

Tabela 1. Distribuição comparativa dos valores, em reais, de receita, custo e lucro relativos às cirurgias de colecistectomia (eletivas e de urgência) realizadas nas Unidades I e II, segundo o modelo de remuneração (Misto, *Fee for service* e *Bundle*)

Valores em reais (R\$)	Unidade I						Unidade II			Testes estatísticos			
	Misto			Fee for service (FFS)			Bundle (B)			ANOVA (p)	Misto x FFS*	Misto x B*	FFS x B*
	n	Media±DP	Minimo-Máximo	n	Media±DP	Minimo-Máximo	n	Media±DP	Minimo-Máximo				
Receita cirurgia	150	7.037,71 ±874,62	3.384,00 – 8.506,00	30	11.090,67 ±2.147,26	7.935,00 – 17.679,00	24	4.330,58 ±825,24	3.267,00 – 6.667,00	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Custo cirurgia	150	5.783,49 ±2.860,22	158,33 – 2.2766,00	30	7.777,42 ±5.381,83	2.831,00 – 23.055,00	24	2.538,90 ±774,42	1.202,00 – 3.742,00	<0,001	0,135	<0,001	<0,001
Receita internação	150	2.169,25 ±1.535,85	346,00 – 11.090,00	30	3.467,07 ±3.460,51	657,00 – 18.652,00	24	1.230,17 ±394,54	463,00 – 2.047,00	<0,001	0,125	<0,001	0,004
Custo internação	150	2.717,50 ±1.738,71	115,09 – 12.435,00	30	2.358,16 ±2.047,01	42,00 – 11.331,00	24	2.734,77 ±2.743,42	77,00 – 11.619,00	0,671	0,644	1,000	0,842
Receita extra	32	2.194,88 ±2.558,88	87,00 – 10.686,00	0	NaN ±NaN	-	19	1.816,68 ±989,80	562,00 – 3.358,00	0,359			
Custo extra	31	2.111,19 ±3.144,12	53,00 – 15.003,00	0	NaN ±NaN	-	19	311,74 ±427,42	16,86 – 1.364,00	0,007			
Receita total	150	9.675,21 ±2.098,86	7.308,00 – 19.848,00	30	14.557,73 ±4.911,30	9.355,00 – 36.331,00	24	6.998,96 ±1.096,92	5.223,00 – 8.581,00	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Custo total	150	8.937,30 ±4.659,82	273,42 – 36.698,00	30	10.135,58 ±5.547,70	3.378,00 – 24.265,00	24	5.520,47 ±3.243,18	1.534,00 – 15.175,00	<0,001	0,515	<0,001	0,001
Lucro	150	737,90 ±3.587,17	-19.352,00 – 8.840,58	30	4.422,15 ±5.415,67	-11.566,00 – 12.103,00	24	1.478,49 ±3.384,47	-9.025,00 – 6.114,00	0,004	0,003	0,590	0,047

* Games-Howell Post-Hoc test

service o custo foi menor que a receita. Na amostra de cirurgias bariátricas também predominou o sexo feminino nos três modelos (Misto=73%, *Fee for service*= 63% e *Bundle*=71%); a média de idade foi de 41,44 (DP±11,37), 47,04 (DP±10,76) e 38,02 (DP±9,67) anos, respectivamente; com diagnóstico de obesidade; sendo Gastroplastia para obesidade mórbida videolaparoscópica (Misto=79%, *Fee for service*= 88% e *Bundle*=54%). A média do tempo de sala foi semelhante nos modelos Misto e *Fee for service*, e menor no *Bundle* (72.67-DP±24.53 minutos). O número de diárias de internação foi de 1,63 (DP±0,71) no *Fee for service*, 1,50 (DP±0,63) no Misto e 1,16 (DP±0,37) no *Bundle*. Apesar de não ter havido diferença estatística significativa com relação às complicações pós-cirúrgicas registradas em prontuário, as porcentagens foram maiores no *Fee for service* e *Bundle* (14% e 12%, nessa ordem). A tabela 2 evidencia que houve diferença estatística significativa na maioria das variáveis de receita e custo da amostra de cirurgias bariátricas, exceto quanto ao custo de internação.

A semelhança da amostra das cirurgias de colecistectomia, na de bariátricas as receitas totais médias foram maiores nos modelos *Fee for service* (R\$ 29.425,62-DP±8.233,10) e Misto (R\$ 24.174,97-DP±4.386,19); o *Bundle* apresentou a menor recei-

ta média (R\$ 16.818,22-DP±1.916,85). A receita média com as cirurgias bariátricas foi maior no *Fee for service* (R\$ 24.175,33-DP±6.813,41) e menor no *Bundle* (R\$ 12.148,71-DP±1.548,45).

Em relação à receita média com internação, os modelos *Fee for service* (R\$ 5.250,33-DP±2.491,22) e *Bundle* (R\$3.130,07-DP±759,27) apresentaram diferença estatística significativa. Obteve-se o menor custo total médio no *Bundle* (R\$15.498,27-DP±5.926,24), mas o custo médio com internação foi maior neste modelo (R\$ 4.640,76-DP±5.449,81). Quanto ao lucro, o modelo *Fee for service*, comparado ao Misto e *Bundle*, apresentou diferença estatística significativa, indicativa dos melhores resultados financeiros, nas amostras de cirurgias de colecistectomia e bariátricas.

Discussão

Foram analisados comparativamente, na perspectiva do prestador de serviços de saúde, diferentes modelos de remuneração praticados em duas Unidades (I e II) de um HP-SP. No modelo *Fee for service*, aplicado na Unidade I, o prestador de serviços de saúde é pago por serviço ou procedimento realizado, conforme a quantidade de serviços prestados,

Tabela 2. Distribuição comparativa dos valores, em reais, de receita, custo e lucro relativos às cirurgias bariátricas realizadas nas Unidades I e II, segundo o modelo de remuneração (Misto, *Fee for service* e *Bundle*)

Valores em reais (R\$)	n	Unidade I			Unidade II			Testes estatísticos				
		Misto	Fee for service (FFS)		Bundle (B)		ANOVA (p)	Misto x FFS*	Misto x B*	FFS x B*		
		Media±DP	Mínimo-Máximo	n	Media±DP	Mínimo-Máximo	n	Média±DP	Mínimo-Máximo			
Receita cirurgia	70	19.734,46 ±3.028,54	12.823,00-34.931,00	24	24.175,33 ±6.813,41	14.051,00-39.785,00	58	12.148,71 ±1.548,45	10.075,00-20.149,00	<0,001	0,013	<0,001
Custo cirurgia	70	15.988,13 ± 5.483,37	5.562,02-40.378,00	24	15.679,27 ±4.739,81	11.595,57-32.592,00	58	10.332,49 ±2773,03	329,19-17.281,00	<0,001	0,962	<0,001
Receita internação	70	3.873,46 ±2.856,50	1.356,00-24.097,00	24	5.250,33 ±2.491,22	2.173,00-13.152,00	58	3.130,07 ±759,27	1.356,00-4.838,00	<0,001	0,074	0,098
Custo internação	70	3.812,44 ±1.938,35	1.220,00-17.573,00	24	3.547,12 ±1.446,27	1.761,00-8.116,00	58	4.640,76 ±5.449,81	84,22-35.058,00	0,361	0,760	0,517
Receita extra	6	6.615,67 ±4.926,32	463,00-12.589,00	0	----	----	35	2.551,09 ±1.236,97	1.199,00-5.778,00	<0,001		
Custo extra	6	4.580,89±4.765,72	347,23-11.679,27	0	----	----	35	870,02 ±1394,47	51,00-5.279,00	<0,001		
Receita total	70	24.174,97 ±4.386,19	19.094,00-40.193,00	24	29.425,62 ±8.233,10	20.675,00-46.433,00	58	16.818,22 ±1.916,85	14.913,00-22.993,00	<0,001	0,016	<0,001
Custo total	70	20.488,57 ±6.153,12	13.248,00-46.231,00	24	19.226,39 ±5.572,16	13.804,96-36.650,00	58	15.498,27 ±5.926,24	527,29-43.295,00	<0,001	0,623	<0,001
Lucro	70	3.686,40 ±6.140,11	-16.873,00-11.149,00	24	10.199,22 ±5.205,53	3.021,00-25.917,92	58	1.319,96 ±6.155,47	-28.382-17.049,71	<0,001	<0,001	0,081

* Games-Howell Post-Hoc test

o que pode incentivar a prestação de cuidados adicionais e desnecessários.^(5,7) Neste caso, todo o risco financeiro é arcado pelas OPS, visto que não há o controle e a previsibilidade de custos relativos aos procedimentos realizados, e o prestador de serviços de saúde obtém maior lucratividade. Conforme anteriormente mencionado, denominou-se de modelo Misto o processo de transição entre o modelo *Fee for service* e o *Bundle*, o qual não tem risco incluso e as diárias de internação são pré-determinadas.

No modelo *Bundle* aplicado na Unidade II, ao invés de pagar por serviço prestado, efetua-se um pagamento global visando cobrir todos os serviços necessários para tratar uma condição específica ou realizar um determinado procedimento, abrangendo todos os custos associados ao cuidado previstos. Nele, objetiva-se, principalmente, incentivar a coordenação do cuidado e reduzir os custos globais, promovendo a eficiência e a qualidade do atendimento prestado. No entanto, o sucesso do *Bundle* depende do valor do pacote de pagamento, cuja adequada implementação requer avaliação detalhada dos valores e dos riscos.^(5-7,9)

Na amostra de cirurgias de colecistectomia, o *Fee for service*, apesar dos custos mais elevados, foi o modelo que gerou, conforme esperado, maior receita e lucro para o HP-SP e o Misto menor lucro. O *Bundle* apresentou os menores custos totais médios e, caso os princípios deste modelo fossem replicados na Unidade I, a lucratividade do HP-SP seria ainda melhor, pois teria a oportunidade de incrementar seus resultados financeiros quanto aos custos das cirurgias objeto de estudo.

O *Bundle* correspondeu ao modelo que melhor contribuiu com a sustentabilidade financeira das OPS, visto ter gerado a menor receita total, conferindo melhor sustentabilidade na relação estabelecida entre prestador e financiador de serviços de saúde. Destaca-se que a Unidade II, praticante do modelo de remuneração *Bundle*, obteve os melhores resultados referentes ao tempo de sala, número de diárias de internação e complicações associadas às cirurgias de colecistectomia.

Na amostra de cirurgias bariátricas, o modelo *Fee for service* também correspondeu ao melhor faturamento para o HP-SP. Porém, o *Bundle* conferiu

maiores benefícios às OPS, ao propiciar a realização do mesmo procedimento cirúrgico com um orçamento menor.

É importante evidenciar que o sucesso do *Bundle* depende do valor do pacote de pagamento, a sua implementação requer uma avaliação detalhada dos valores e dos riscos e um acompanhamento rigoroso, revisão dos pacotes, preços e análise constante dos custos dos procedimentos. Frente a esses apontamentos, entende-se que, a semelhança dos resultados das cirurgias de colecistectomia, a Unidade I tem a oportunidade de revisar os custos das cirurgias bariátricas, considerando o que é praticado na Unidade II e, dessa forma, ampliar sua lucratividade.

Revisão sistemática que analisou, a partir de 20 estudos, os efeitos do *bundled payment* nos custos com saúde, utilização de serviços e qualidade do cuidado em três programas do Centers for *Medicare and Medicaid Services*, indicou que esse modelo resultou em diminuição de pagamentos do *Medicare*, em seis de 16 artigos que analisaram os custos envolvidos. Houve redução significativa do tempo de permanência hospitalar em oito de 13 estudos que analisaram esse desfecho e queda de um terço na taxa de readmissão dos estudos que abordaram tal resultado.⁽¹³⁾

Entretanto, estudo que comparou as mudanças na qualidade do cuidado de 103.251 (100,0%) pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca de acordo com a participação ou não do hospital no programa *Bundled Payments for Care Improvement - BPCI* (8,45% em 23 hospitais do BPCI e 91,55% em 224 hospitais não-BPCI) do Centers for *Medicare and Medicaid Services*, indicou que a participação do hospital no referido programa não foi associada à melhoria nos processos de cuidado e nas taxas de readmissão.⁽¹⁴⁾

É indiscutível que a complexa conjuntura financeira do SSS requer a revisão e a discussão dos modelos de remuneração praticados entre prestadores de serviços de saúde e OPS. Nessa direção, estudo que analisou a forma de remuneração escolhida por uma instituição de saúde privada brasileira ressalta que o modelo adotado pelas instituições tem papel fundamental no desenho, dinâmica e eficiência dos

seus fluxos e resultados. Evidenciou que o modelo construído foi precificado em *bundles* (pacotes) por procedimentos, levando-se em conta tempos cirúrgicos com protocolos de boas práticas de cada especialidade, mas não seguiu fielmente nenhum outro modelo já existente. Concluiu que esse desenho entrega previsibilidade e controle de custos aos financiadores.⁽¹⁵⁾

Nos Estados Unidos da América, estudo sobre *bundled payments* em cirurgias de coluna relata que esse modelo é uma alternativa para substituição do *Fee for service*, que pode levar a redução dos custos e maior responsabilização dos médicos cirurgiões, não só pelos resultados, mas também pelos custos e cuidados prestados aos pacientes.⁽¹⁶⁾

Revisão sistemática que analisou os modelos de remuneração *Fee for service* e *Diagnosis Related Group* - DRG (o qual estipula um único pagamento a partir do diagnóstico, englobando todo o conjunto de cuidados requeridos) em cirurgias de apendicectomia, indicou que o modelo de pagamento fixo teve uma internação hospitalar mais curta, mas com o custo da readmissão hospitalar mais elevada. O aumento das taxas de readmissão precoce sugere que o modelo de pagamento fixo (DRG) pode acelerar práticas negativas, como alta precoce. No entanto, os autores afirmam que o modelo empacotado (*bundle*) tem potencial para impactar, significativamente, os reembolsos dos sistemas de saúde privados, pois se tem melhor controle da variabilidade de custos e melhor coordenação dos cuidados em saúde.⁽¹⁷⁾

Sabe-se que o mercado da saúde privada tem buscado a transição para novos modelos de remuneração que reconheçam os prestadores, serviços e tecnologias na entrega de resultados que agreguem valor para o paciente. Nesta perspectiva, a saúde baseada em valor tem sido concebida como uma solução para oferecer melhores serviços de saúde aos pacientes e, ao mesmo tempo, gerar previsibilidade sobre os custos envolvidos. Alcançar uma redefinição de valor que represente todos os atores da cadeia e aplicá-la é altamente complexo, mas muito necessário para contribuir, diretamente, para a sustentabilidade financeira. Então, incluir e engajar todos os ato-

res do SSS para promover uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator condicionante ao sucesso da implantação de modelos de saúde baseada em valor.⁽¹⁸⁾

As buscas recorrentes à literatura, nacional e internacional, evidenciaram a escassez de estudos que abordassem, comparativamente, modelos de remuneração praticados em instituições hospitalares integrantes do SSS. Assim, indica-se, como contribuição do presente estudo, a geração de conhecimento inédito sobre a comparação entre diferentes modelos de remuneração na perspectiva do prestador de serviços de saúde. A metodologia adotada poderá ser replicada, em outros hospitais privados, visando à compreensão das repercussões dos modelos adotados no seu faturamento e na qualidade dos processos assistenciais.

Indicam-se, como limitações deste estudo: a) sua condução em um único hospital; b) terem sido considerados apenas dois tipos de cirurgias do aparelho digestivo; e c) a não separação quanto ao tempo das técnicas cirúrgicas relativas às cirurgias bariátricas.

Conclusão

A análise comparativa entre os modelos de remuneração *Fee for service* e Misto (na Unidade I) e *Bundle* (na Unidade II), na perspectiva do prestador de serviços de saúde, indicou que houve diferença estatística significativa na maioria das variáveis de receita e custo, exceto custo de internação, nas amostras de cirurgias de colecistectomia e bariátricas. Constatou-se que o *Fee for service* correspondeu ao melhor faturamento para o HP-SP e o *Bundle* aos menores custos totais médios, com resultados mais favoráveis quanto ao tempo de sala, número de diárias de internação e complicações.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Colaborações

Leal CRN e Lima AFC contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(1):205–7.
2. Saldiva PH, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Avançados*. 2018;32(92):47–61.
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2017.
4. Leal CR, Lima AF. Possibilidades da aplicação de diferentes modelos de remuneração da prestação de serviços no Sistema de Saúde Suplementar. *Rev Paul Enferm*. 2022; 33:A02.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2019.
6. Ribeiro CE, Arrais AR. Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):170–80.
7. Bichuetti JL, Mere YA. Modelos de remuneração na saúde. *Havard Business Review Brasil*; 2016.
8. Rodrigues JA, Cunha IC, Vanucchi MT, Haddad MC. Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2658–66.
9. Adida E, Mamani H, Nassiri S. Bundled Payment vs. Fee-for-Service: Impact of Payment Scheme on Performance. *Manage Sci*. 2017;63(5):1606–24.
10. Brasil. Instrução normativa RFB Nº 1700, 14 de março de 2017. Dispõe sobre a determinação e o pagamento do imposto sobre a renda e da contribuição social sobre o lucro líquido das pessoas jurídicas e disciplina o tratamento tributário da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins no que se refere às alterações introduzidas pela Lei nº 12.973, de 13 de maio de 2014. Brasília (DF); 2017.
11. Martins E. Contabilidade de custos. 11a ed Editora: Atlas, São Paulo; 2018.
12. Jamovi project. Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. 2023.
13. Agarwal R, Liao JM, Gupta A, Navathe AS. The impact of bundled payment on health care spending, utilization, and quality: a systematic review. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(1):50–7.
14. Oddleifson DA, Holmes DN, Alhanti B, Xu X, Heidenreich PA, Wadhwa RK, et al. Bundled payments for care improvement and quality of care and outcomes in heart failure. *JAMA Cardiol*. 2024;9(3):222–32.
15. Mendes F, Leite A, Ogata AJ. O modelo de remuneração e sua influência no resultado e na estratégia de expansão de hospitais cirúrgicos no Sul do país. *Rev Adm Saúde*. 2022;22(87):e315.
16. Hines K, Mouchtouris N, Getz C, Gonzalez G, Montenegro T, Leibold A, et al. Bundled Payment Models in Spine Surgery. *Global Spine J*. 2021;11(1 Suppl):7S–13S.
17. Lino AA, Cruz JA, Porto BC, Nogueira RP, Otoch JP, Artifon EL. Comparing financing models for supplementary healthcare in appendectomy: activity-based costing (fee-for-service) vs. diagnosis related group remuneration (bundled payment) - a systematic review and meta-analysis. *Acta Cir Bras*. 2023;38:e386923.
18. Bernz IM, Lucchetta R, Okumura LM, Dias TT, Rosim MP, Riveros BS, et al. Saúde baseada em valor: afinal, qual a opinião sobre valor para os diferentes atores dos sistemas de saúde do Brasil? *Rev Cient Faculdade Unimed*. 2020;2(2):59-81.