Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS
Coordenação de Pós-Graduação e Extensão
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ELENILDE PEREIRA DA SILVA RIBEIRO COSTA

FATURAMENTO HOSPITALAR APLICADO AO SERVIÇO DE PARTO DE UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL: MODELO ALTERNATIVO AO PAGAMENTO *FEE- FOR –SERVICE*

Brasília–DF.
Fevereiro/2018

ELENILDE PEREIRA DA SILVA RIBEIRO COSTA

FATURAMENTO HOSPITALAR APLICADO AO SERVIÇO DE PARTO DE UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL: MODELO ALTERNATIVO AO PAGAMENTO *FEE- FOR –SERVICE*.

Dissertação apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências para a Saúde pelo Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Alessandra da Rocha Arrais.

Brasília-DF.

Fevereiro/2018

C837f Costa, Elenilde Pereira da Silva Ribeiro

Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto de um hospital materno infantil: modelo alternativo ao pagamento *fee-for-service* / Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa ; orientadora, Alessandra da Rocha Arrais. Brasília-DF, 2018.

89f.

Dissertação (Mestrado) – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Escola Superior em Ciências da Saúde, 2018.
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde.
Orientadora: Alessandra da Rocha Arrais.

1. Parto - Faturamento. 2. Assistência hospitalar - Faturamento. 3. Serviços de saúde - Faturamento. 4. Hospitais - Faturamento. 5. Custos hospitalares. 6. Custos de cuidados de saúde. 7. Custos diretos de serviços. I. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto de um hospital materno infantil. II. Arrais, Alessandra da Rocha, orient.

CDU – 618.4:657.422.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa

"Faturamento Hospitalar Aplicado ao Serviço de Parto de um Hospital Materno Infantil: Modelo Alternativo ao Pagamento Fee- For -Service.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 19/02/2018*.

Prof.(a). Dr.(a). Alessandra da Rocha Arrais
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Leila Bernarda Donato Gottems
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 19/02/2018*

Dedico este trabalho ao meu pai e a minha mãe,
fontes de incentivo e inspiração
desde a tenra idade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelos caminhos que Ele tem me permitido trilhar e pelos que ainda estão por vir. O Senhor é bom em todo tempo!

Aos meus pais amados, José Ribeiro (*in memorian)* e Doraci Ribeiro, por enxergarem muito além das nossas limitações. Meus maiores incentivadores. Amo vocês!

Ao meu marido, Marcos Antonio, pela paciência, compreensão, entusiasmo e dedicação em todos os momentos da nossa caminhada juntos. Você é incrível, amo você!

Aos meus amados filhos, Mariana e Daniel, por entenderem que os estudos são importantes em qualquer fase da vida, por me darem forças e me amarem incondicionalmente. Vocês são maravilhosos!

Aos meus irmãos Elza, Raimundinha, Ernilde, Erli, José Filho, Benjamim, Moizés, Arão (*in memorian*), Eloíde, Edenilde e Samuell – torcedores incríveis em toda essa jornada e ombro amigo em todos os momentos. A toda a minha família, pelo apoio incondicional, sempre!

Aos meus colegas de Mestrado. Que turma maravilhosa! Crescemos muito juntos nessa jornada. Grata por compartilhar esses momentos com vocês!

Às amigas que ganhei ao longo dessa jornada e que foram irmãs em momentos de lutas e preocupações: Alessandra, Carmen, Renata e Tatiane. Vocês são especiais. Vamos continuar celebrando a vida!

Aos amigos de todos os momentos, que me deram forças quando precisei. Obrigada por tudo!

À minha amiga, Meire, por ser meu porto seguro em todos os momentos.

A todos os meus gestores, com os quais tive a honra de trabalhar e ainda trabalho, que me dão apoio desde 2013, quando comecei meus estudos na área de Gestão de Custos. Além dos gestores da SES-DF, ligados à área da Economia da Saúde, bem como do Ministério da Saúde. Grata a todos pela oportunidade!

Aos meus amigos e colaboradores dos Núcleos de Custos do HRC – Cristiano, Rosiane, Maysa e Heleninha, bem como as do Núcleo de Custos do HMIB, Marilene e Karin, com os quais eu tive o prazer de trabalhar. Muito obrigada pelo desempenho e esforço despendido em todos os projetos de custos que trabalhamos juntos!

A minha orientadora, Prof.ª Dra. Alessandra da Rocha Arrais, por acreditar neste projeto, estar comigo em todos os momentos e me dar forças em momentos difíceis. Você é um presente de Deus!

Ao meu amigo e revisor dos assuntos técnicos, Dr. Elton Luiz Berça, por acreditar nesse projeto e me incentivar para sempre ir além. Obrigada!

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr. Everton Silva, Prof. Dr. Levy Aniceto e Prof.ª Dra. Leila Gottems, por aceitarem meu convite. Espero fazer valer a pena!

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para meu aprendizado durante todo o processo deste trabalho.

“A saúde não tem preço, mas tem custos”.
Ana Macedo – Ana Reis

RESUMO

Objetivo: Propor modelo alternativo ao faturamento hospitalar predominante atualmente: de pagamento por procedimento para pagamento por pacotes de serviço, na busca da redução de custos e melhor gerenciamento dos serviços. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, documental, com abordagem quantitativa, dados secundários, na qual objetiva-se montar pacotes de faturamento por serviço, considerando dois fatores: custos e protocolos de atendimento, inspirado na metodologia de pacote de serviços de Porter e Kaplan[2]. Para isso, foi analisado o comportamento dos custos hospitalares aplicado ao serviço de parto de um hospital público materno infantil, nos anos de 2014 a 2016. Posteriormente foram propostos protocolos de pacotes de serviços, com base nos protocolos que preconizam o que é o parto de risco habitual, parto de alto risco e parto de risco extremo do Ministério da Saúde e Conitec; no indicador QALY e nos indicadores de segurança do paciente. **Resultados:** Após o cálculo de custos e estabelecimento de protocolos, foi possível montar 3(três) pacotes de serviços, classificados como pacotes 1, 2 e 3. A partir da análise dos dados de custos, cruzando com as condições da paciente, se chegou a um custo médio estimado, sendo a paciente de risco habitual classificada como tipo 1 com um custo médio de R$9.652,63; a paciente gestante de alto risco, classificada como tipo 2 apresentou um custo médio de R$ 18.557,99; e a paciente de risco extremo, classificada como tipo 3 apresentou um custo médio de R$ 41.386,49. Possíveis outros desfechos também estão com valores definidos nesses pacotes. **Produtos**: Produto 1: Protótipo de Faturamento Hospitalar, desenvolvido por meio da ferramenta *on-line Google Forms*, para confecção de formulários, que permitiu separar os pacotes de serviço em 3 (três tipos), conforme o estado de saúde apresentado pela paciente. A partir desse protótipo, pode ser desenvolvido um sistema que antecipe o valor de quanto vai custar o total dos cuidados com a paciente, dentro do perfil apresentado por ela. Esse mesmo protótipo dar condições para, conforme o grau de risco apresentado pela paciente, seja organizado a estrutura de atenção a paciente antes mesmo dela precisar. Produto 2: Artigo original intitulado "Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service"*. **Conclusão**: A tabela de faturamento proposta traz maior transparência aos custos envolvidos no atendimento do paciente, agilidade para os serviços registrados pela assistência e maior transparência no registro desses dados financeiros, pois ao entrar na unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a usuária quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento e poderia planejar melhor suas ações. O caso foi aplicado ao serviço de parto de um hospital público, mas pode ser replicado em qualquer instituição, seja pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade.

Palavras-chave: Custos Hospitalares, Faturamento, Parto, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: Propose an alternative model to currently predominant hospital billing: from payment by procedure to payment for service packages, in search of cost reduction and better service management. **Method**: This is an exploratory-descriptive, documental, research, with a quantitative approach, in which the objective is to set up billing packages per service, considering two factors: costs and service protocols, inspired by the service package methodology of Porter and Kaplan[2]. For this, the behavior of hospital costs applied to the delivery service of a public maternity hospital for children from 2014 to 2016 was analyzed. Posteriorly, were proposed protocols to form packages of services, based on the indications of delivery: usual risk, high risk and extreme risk Ministry of Health and Conitec; in the QALY and in the patient safety indicators. **Results**: After the crossing of costs and protocols, it was possible to set up three (3) service packages, classified as packets 1, 2 and 3. From the analysis of the cost data, crossing the patient's conditions, an estimated average cost, the usual risk patient being classified as type 1 with a cost of R $ 9,652.63, the high-risk pregnant patient classified as type 2 presented a cost of R $ 18,557.99 and the patient of extreme risk, classified as type 3 had an average cost of R $ 41,386.49. Other possible outcomes also have values defined in these packages. **Products**: Products: Product 1: Prototype of Hospital Billing, developed through the online tool Google Forms, for the preparation of forms, which allowed to separate the service packages in 3 (three types), according to the comorbidities presented by the patient. From this prototype, a system can be developed that anticipates the value of how much it will cost the total care with the patient, within the profile presented by her. This same prototype gives conditions, according to the degree of risk presented by the patient, to organize the structure of patient care before it even needs it. Product 2: Original article entitled "Hospital Billing applied to the birthing service: alternative model to the fee-for-service. **Conclusion**: When entering the health unit, the parturient would be classified according to the degree of risk presented. Thus, both the patient and the health service would know the estimated cost of their care. This would reduce the number of procedures recorded by the care, allowing more time for the patient, following standardized care protocols. The case was applied to the birthing service of a public hospital, but it can be replicated in any institution, whether public or private, taking into account its costs and unit quality indicators.

Key words: Hospital Costs, Billing, Parturition, Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE Associação Brasileira de Planos de Saúde

ALCON Alojamento Conjunto

ANAHP Associação Nacional dos Hospitais Privados

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília

HRC Hospital Regional de Ceilândia

IHI *Institute for Healthcare Improvement*

OPAS Organização Panamericana de Saúde

PNGC Programa Nacional de Gestão de Custos

QALY Q*uality-adjusted life-year*

SOGIMIG Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais

SES-DF Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Identificação dos Grupos de Despesa 25
Figura 2: Tela inicial do Protótipo Faturamento Hospitalar – Serviço de Parto 65
Figura 3: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 1 66
Figura 4: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 2 66
Figura 5: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 3 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Custo do Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016 27
Tabela 2: Custo do Centro Obstétrico do HMIB nos anos 2014 a 2016 30
Tabela 3:Custo da gestante de risco habitual – parto normal 47
Tabela 4:Custo da gestante de risco habitual – parto cirúrgico 47
Tabela 4: Custo da gestante de alto risco – parto normal 53
Tabela 6: Custo da gestante de alto risco – parto cirúrgico 54
Tabela 7: Custo da gestante de risco extremo I 56
Tabela 8: Custo da gestante de risco extremo II 57
Tabela 9: Custo Médio Mensal do Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016 73
Tabela 10: Custo do Centro Obstétrico do Hospital- nos anos 2014 a 2016 73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:Critérios de Parto de Risco Habitual. 33
Quadro 2: Critérios de Indicadores QALY 37
Quadro 3: Critérios de Indicadores QALY 37
Quadro 4: Critérios de da Segurança do Paciente 39
Quadro 5:Comparativo entre faturamento por procedimento x faturamento por pacote de serviços baseada em Porter e Kaplan 2016 42
Quadro 6: Fatores de Risco – Paciente de Risco Habitual – Pacote 1 46
Quadro 7: Fatores de Risco – Paciente de Alto Risco Pacote 2 48
Quadro 8: Fatores de Risco – Paciente de Risco Extremo – Pacote 3 54

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA 16
2 INTRODUÇÃO 17
3 REFERENCIAL TEÓRICO 20
3.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE 21
3.1.1 Classificação de Custos e Métodos de Custeio 22
3.2 EXEMPLO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO CUSTEIO POR ABSORÇÃO – *CASE* HMIB 26
3.3 COLETA DE DADOS 26
3.4 SEGUNDA ETAPA: ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLOS – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS DA GESTANTE 31
3.4.1 Protocolos do Serviço de Parto – condições clínicas 31
3.4.2 Fatores de qualidade associados – QALY – *quality-adjusted life-year* 36
3.4.3 Indicadores de Segurança do Paciente 39
3.5 PROPOSTA DE PACOTES DE SERVIÇOS 41
4 OBJETIVO GERAL 43
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 43
6 RESULTADOS 45
7 DISCUSSÃO 58
8 CONCLUSÃO 60
9 REFERÊNCIAS 61
APÊNDICE 1 64
APÊNDICE 2 69
ANEXOS 90

1 APROXIMAÇÃO DO TEMA DA PESQUISA

Sou administradora, graduada em Administração de Empresas pela Universidade de Brasília–UnB, há 14 anos, com especialização em Economia da Saúde pela Universidade de São Paulo-USP. Desde 2011 sou servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, na carreira de Especialista em Saúde-Administradora.

Iniciei minhas atividades na saúde pública, na área administrativa do Hospital Regional de Ceilândia(HRC), em 2011, especificamente na área de custos, em 2013, quando assumi o Núcleo de Controle de Custos do HRC. Posteriormente, em 2014, assumi o Núcleo de Controle de Custos do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) com essa mesma responsabilidade. No HMIB, além do levantamento dos custos de todos os produtos e serviços do hospital, houve um upgrade na gestão da informação – foi continuado um trabalho de publicar, dar transparência às principais despesas existentes no hospital. Por meio de um mural chamado Gestão à Vista foi possível acompanhar as despesas feitas mensalmente no hospital, dando mais transparência para os usuários de serviços de saúde pública.

Durante esse trabalho, percebi que havia uma grande diferença entre os custos de um hospital e o seu faturamento. Foi analisando essa distorção que me interessei por estudar uma nova forma de faturamento, que retratasse mais fielmente os custos do hospital, que fosse mais fácil para a assistência e para a própria área de faturamento fazer, bem como que se preocupasse em cuidar melhor do paciente, de forma a permitir ampliar o acesso, gerenciando melhor os seus custos. Assim surgiu a ideia de fazer esse mestrado.

O estudo foi aplicado no HMIB, hospital público, focado na saúde da mulher, especificamente no serviço de parto. Serão propostos protocolos para se propor tratamento por valor, focando na qualidade e não somente na quantidade de procedimentos.

Entendo ser um tema, de certo modo, inovador. Mas acredito que os estudos aqui apresentados possam balizar futuros estudos de maior complexidade, tanto na saúde pública, quanto na saúde privada.

2 INTRODUÇÃO

O modelo atual de faturamento hospitalar de maior prevalência para pagamento de provedores por serviços de saúde prestados no Brasil e no mundo é o chamado *fee-for-service* (FFS). Esse modelo foi criado nos Estados Unidos, na década de 1930, como base em um emergente sistema privado de seguridade e, caracteriza-se pela "conta aberta", isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência[1].

O faturamento *fee-for-service* rege 90% dos contratos entre planos de saúde e provedores de atendimento como hospitais, clínicas, laboratórios e médicos[1]. Tanto nos hospitais públicos, quanto nos hospitais privados esse modelo de faturamento é feito de forma em que cada item utilizado na internação do paciente é detalhado na conta, após um processo de faturamento em que profissionais de saúde contratados pelo hospital analisam a internação. O *fee-for-service* é utilizado há décadas no Brasil. O prestador é remunerado por procedimento. As partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou conjunto deles[1]. Esse modelo, segundo Porter e Kaplan[2], recompensa a quantidade dos serviços prestados, não a qualidade ou eficiência dos serviços médicos. Para os autores[2], o FFS é amplamente reconhecido, como talvez o maior obstáculo para melhorar a qualidade da assistência médica.

Porter e Kaplan[3] entendem que qualquer reforma verdadeira na saúde exigirá o total abandono do complexo regime de pagamento por serviço prestado *("fee-for-service*"). No lugar disso, pagadores devem adotar um regime com base no valor (ou benefício) gerado, que cubra o ciclo de assistência inteiro e inclua o tratamento de complicações e comorbidades comuns[3].

De acordo com Bichuetti e Ali Mere Jr[4], no modelo de conta aberta os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remunerados. Na visão desses autores, analisando o modelo brasileiro:

> No Brasil o sistema de saúde privado remunera pela quantidade de procedimentos e não pela qualidade. Primeiro porque o foco está na doença e não na prevenção de suas causas. Segundo, porque a preocupação predominante está na forma de remunerar, na redução imediata de custos e não no resultado final do serviço assistencial prestado.

Esse modelo tem estimulado a aplicação de glosas pelos pagadores, baseadas em recursos técnicos ou administrativos ou aplicadas simplesmente de forma linear. Elas se transformaram

num dos principais instrumentos de pressão por parte das fontes pagadoras. Há, entretanto, operadoras que tentam evoluir para um modelo de diária compacta, que reduziria o custo administrativo de pré-análise de contas hospitalares, auditorias médicas e glosas. (Glosa é o não pagamento de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelos prestadores por falta de documentação adequada ou incorreção dos valores cobrados, entre outros fatores)[4].

No sistema público, de acordo com dados da Portaria nº 399/2006, que instituiu o Pacto pela Saúde 2006[5], o SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é de aproximadamente 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Mesmo com a imensidão de dados, eles podem estar sub registrados, tendo em vista a complexidade para se faturar todos os procedimentos feitos pela atual tabela do SUS[5]. Não existe a cultura de se registrar todos os procedimentos realizados no serviço público.

A necessidade de criar um modelo de faturamento, com menos desperdícios e mais ganhos para todos, tanto para o sistema público, quanto para o sistema privado, tem gerado discussões entre os vários entes envolvidos. No Brasil, desde 2014, a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) lidera um projeto piloto com 18 hospitais para cobrar um valor fixo para determinados procedimentos, mas a iniciativa ainda não colheu frutos devido a dificuldade de definir os padrões a serem seguidos.[6]

Nos Estados Unidos, de acordo com Pearl,[7] o sistema de saúde custa mais de US$ 3 trilhões por ano. Em comparação, a Europa gasta US$ 1,8 trilhão por ano em cuidados de saúde para uma população com quase o dobro do tamanho. Entretanto, para Pearl[7], a população americana não recebe o atendimento e a atenção devida. Já no Brasil, a saúde movimentou em 2014, R$ 480 bilhões, cerca de 9,3% do Produto Interno Bruto do Brasil[8]. Desse total, 47% foram gastos com saúde pública e 53% com saúde privada. Ocorre que, de 2014 para cá, dia após dia os recursos de ambos os lados estão ficando exíguos. A saúde pública padece da queda de recursos para ser financiada. Já a saúde privada, devido a crise financeira que ocorre desde 2015, perdeu 2,1 milhões de beneficiários. De acordo com a ABRAMGE[8], a queda no número de beneficiários é consequência direta da crise econômica e do aumento do desemprego. Ressalta-se que foram encerradas 2,5 milhões de vagas no mesmo período (2015/2016)[7-9].

Varella[10] acredita que o modelo de remuneração por pacote de serviços desestimula o uso abusivo de materiais e procedimentos, pois o hospital passa a ganhar mais margem quanto maior for sua efetividade na conduta médica e na utilização dos recursos. Para Varella[10], no Brasil temos uma medicina de ponta, mas nosso modelo de remuneração é ultrapassado.

Para propor um novo modelo de faturamento, além da necessidade de se levantar o custo da unidade, faz-se necessário padronizar os processos e insumos para uma segura formulação de preços. Exige uma mudança de paradigma, como bem defendido por Lee e Porter[11]. De acordo com esses autores, o momento em que estamos na saúde exige uma estratégia completamente nova de atuação. Seu ponto central é agregar valor aos pacientes, ou seja, alcançar os melhores resultados com o menor custo. É a mudança de um sistema de saúde orientado para a oferta, organizado em torno dos médicos para um sistema centrado no paciente, organizado em torno das necessidades dos pacientes. O foco não deve ser somente o volume e a rentabilidade dos serviços prestados — visitas, internações, procedimentos e testes, mas, para os resultados alcançados pelos pacientes. Quando se muda o foco, o paciente passa a ser visto na sua integralidade, buscando-se atingir maior efetividade nos cuidados com ele, envolvendo toda a rede, desde a baixa até a alta complexidade.[11]

Lee e Porter[11] entendem que um dos passos iniciais para se fazer um novo tipo de atendimento ao paciente, que foque no cuidado, é calcular o custo por paciente. Poucos médicos têm algum conhecimento do custo de cada componente dos atendimentos, muito menos como os custos se relacionam com os resultados alcançados. Na maioria das organizações de serviços de saúde praticamente não há informações precisas sobre o custo de todo o ciclo de atendimento de um paciente com uma determinada patologia. Em vez disso, a maioria dos sistemas de contabilidade de custos hospitalares está baseada em departamentos, não no paciente e projetada para o faturamento das transações reembolsadas por serviço. Lee e Porter[11] enfatizam que sem compreender os custos reais do atendimento das patologias dos pacientes, muito menos como os custos estão relacionados aos resultados, as organizações de serviços de saúde voam às cegas para decidir como melhorar os processos. Os médicos e os administradores lutam em torno de cortes arbitrários, em vez de trabalharem juntos para agregar valor aos serviços. Segundo Lee e Porter[11], conhecendo os custos reais permitirá que os médicos trabalhem com os administradores para melhorar o valor do atendimento-objetivo fundamental das organizações de saúde.

Portanto, o que está se propondo é uma alternativa ao modelo de faturamento atual, como vistas a melhor o serviço prestado. Para isso, esse trabalho levou em consideração a análise de custos e a criação de protocolos padronizados, que teve como inspiração a

metodologia desenvolvida por Porter e Kaplan[2], chamado *Bundled Service*, ou pacote de serviços. Por esse modelo, o pagamento é ajustado de acordo com o risco. As diferenças na idade e estado de saúde dos pacientes afetam a complexidade, o resultado e o custo do tratamento de uma condição médica particular, assim como suas condições sociais e de vida. Esses fatores de risco devem estar refletidos no pagamento via *Bundled services* e nas expectativas de resultado[2].

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

A análise de custos faz parte de um campo de saúde, denominado de Economia da Saúde[12]. Constantemente, aqueles envolvidos com atenção à saúde, quer seja para planejar, fomentar, assistir, ser assistido ou pagar por esses serviços, são pressionados por inúmeras questões que precisam ser respondidas. Na área da saúde da mulher essas questões versam sobre[12]:

a) Ecografia obstétrica deve ser realizada em todos os pré-natais?
b) É necessário coletar exames laboratoriais em todas as avaliações de rotina do pré-natal?
c) Mamografia de rotina deve ser oferecida para mulheres abaixo dos 50 anos de idade?
d) Ressonância magnética deve ser adquirida por todas as maternidades com setor de Alto Risco?

Para responder a essas questões que foram apresentadas[12], normalmente, o gestor se baseava em suas experiências individuais ou opiniões de especialistas, nem sempre ideais para atender as necessidades dos indivíduos ou do coletivo.

A forma correta de se responder a essas questões deve ser respondida à luz de outras questões-chave, coletadas e sistematizadas de forma a facilitar a tomada de decisão[12]:

a) A iniciativa é eficaz e efetiva?
b) Qual a sua disponibilidade e factibilidade?
c) Qual o custo?
d) Como se compara com as alternativas disponíveis?

A resposta às letras **a** e **b** são respondidas pela Medicina Baseada em Evidências, na análise de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, estudos de coorte e registros locais. Já as perguntas **c** e **d** são respondidas pela análise econômica aplicada à saúde. De acordo com Brasil[12], deve-se estabelecer se o benefício conferido está em uma proporção razoável com o custo que adiciona, é uma questão-chave para a tomada de decisão racional.

Segundo o estudo realizado pelo Ministério da Saúde[13], a Economia da Saúde surgiu como uma área de conhecimento que integra tanto o campo da Economia, como o da saúde, com o objetivo de otimizar o uso dos recursos[13]. Sob a perspectiva do SUS, a Economia da Saúde nasce como área para se discutir o financiamento do sistema e a definição da melhor distribuição de recursos, fornecendo subsídios à tomada de decisão por parte dos gestores, a fim de garantir o direito constitucional, porém sem perder de vista que os recursos são limitados[13].

3.1.1 Classificação de Custos e Métodos de Custeio

Segundo Alonso (1999, p. 87) [14] citado por Ministério da Saúde[15], "o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos. Para isso, é preciso compreender os conceitos, os construtos, os objetivos das criações destes conceitos para que se possa fazer a transposição a mais valiosa possível para o setor público[15]. Dessa forma, os custos podem ser divididos de acordo com seu comportamento e aplicabilidade, da seguinte maneira: quanto ao comportamento[15]:

a) Custos fixos: são aqueles cujo valor não se altera quando se modifica o volume produzido, em determinado período de tempo e em certa capacidade instalada. Existem, mesmo que não haja produção (ex.: mão de obra indireta, seguro da fábrica).

b) Custos variáveis: são aqueles cujo valor se altera na mesma proporção das oscilações nos volumes produzidos (ex.: mão de obra direta, matérias-primas e materiais diretos).

Quanto à sua aplicabilidade[15]:

a) Custos indiretos: são aqueles que, por dificuldade de apropriação, irrelevância ou por sua própria natureza, não se identificam com o produto final. Necessitam de aproximações, isto é, algum critério de alocação (rateio) para serem atribuídos aos produtos.

b) Custos diretos: são aqueles diretamente incluídos no cálculo dos produtos. Apresentam a propriedade de serem perfeitamente mensuráveis de maneira objetiva, exigindo para isso uma medida de consumo: quilograma, hora, quilowatt, quantidade etc.

Camargos e Gonçalves (2004) citado por Ministério da Saúde[15], afirmam que os métodos de custeio definem de que forma e quais custos (e despesas) devem ser alocados aos produtos. Esses métodos podem ter objetivos tanto legais quanto gerenciais, com abordagens distintas.

3.1.1.1 Custeio por Absorção

Para o Ministério da Saúde[15], a implantação de um sistema de gestão de custos na saúde é essencial para dirimir essa falta de informações gerenciais de qualidade, tendo como base fundamentos da metodologia de custeio por absorção. Esse modelo exige uma sequência de procedimentos, metodologicamente defensáveis, para sua implementação. Essas ações podem ser realizadas de forma contínua ou paralela, porém não há como desconsiderarmos alguma delas.

Segundo Camargos e Gonçalves (2004)[16], **o método do custeio por absorção** é aquele em que todos os custos (diretos e indiretos) são alocados ao produto, tanto da área meio, como da área fim.

O Programa do Ministério da Saúde – PNGC- Programa Nacional de Gestão de Custos[15] destaca como vantagem do método custeio por absorção o fato de que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos. Além disso, o sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados com os valores orçados. Isso indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados[14].

Para o PNGC[15], de forma macro, a implantação de um sistema de gestão de custos deve, idealmente, estar alinhada aos objetivos estratégicos da organização. Lembrando que a estratégia deve guiar decisões, as ações podem ser sintetizadas, de modo geral, nos seguintes passos[15]:

> a. Segmentação do hospital em centros de custos e a classificação destes quanto as suas funções;
> b. Definições e classificação de itens de custos, critérios de rateios e de produção, além da forma de alocá-los aos centros de custos;
> c. Produção das informações de custos – coleta de dados;
> d. Cálculos – definição da transferência dos custos aos centros de custos finais (ou produtivos) de forma a possibilitar a determinação dos custos unitários dos serviços prestados;
> e. Produção de relatórios;
> f. Análise das informações.

Assim, em uma visão geral, as informações de custos, ao serem analisadas e compreendidas, devem possibilitar[15]:

> • a identificação de quais e como os recursos foram utilizados (humanos, materiais, serviços, tecnologia e outros);
> • a composição das atividades constitutivas dos serviços/bens prestados/produzidos nas organizações de saúde;
> • o rastreamento dos custos por centros de custos ou unidades operacionais (departamentos e divisões) e por objeto (paciente e tipo de serviço);
> • por fim, a construção de um arcabouço de informações suficiente para a compreensão dos processos gerenciais internos na perspectiva dos custos e sua correlação com os serviços prestados e com os demais indicadores assistenciais.

Enfim, busca-se uma visão gerencial para análise das informações criadas, utilizando-as como indicadores de resultados e indicadores de processos em uma dimensão não apenas financeira. Busca-se a efetividade das ações associado a outros indicadores de qualidade[15].

De acordo com o PNGC[15], a metodologia apresentada, de forma simples e sucinta, é a

mais utilizada pelas instituições de saúde, e proporcionam indicadores e informações de extrema importância para a gestão de seus custos. O sistema de Custeio por absorção faz a apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais.

3.1.1.2 Custeio Pleno

Também denominado integral ou RKW, o custeio pleno difere do custeio por absorção por considerar que devem ser agregados não apenas os custos de produção, mas todas as demais despesas da organização.[15]

3.1.1.3 Custeio Marginal

Por esse método o produto é responsável apenas pelos custos e despesas variáveis que produz. Pode ser entendido como o custo da última unidade fabricada (ou de uma unidade a mais).[15]

3.1.1.3 Custeio Direto e Variável

Segundo Camargos e Gonçalves Segundo, no método de custeio direto, inicialmente, classifica-se os custos em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. De acordo somente os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos e as despesas fixas são lançados, em sua totalidade, na DRE. No método de custeio variável, inicialmente, classifica-se os custos em fixos (geralmente custos indiretos) e variáveis (geralmente custos diretos) [15].

3.1.1.4 Custeio ABS ou Custeio por Atividade

Esse método de custeio parte do princípio de que não são os recursos que são consumidos pelo produto, mas sim, as atividades; e estas, por sua vez, consomem os recursos. O custo do processo é definido pelo custeamento de cada atividade que compõe o processo, sendo o custo final do processo a soma dos custos dos recursos consumidos pelas várias atividades que o compõe[15].

É importante considerar que o trabalho de custos aqui realizado foi feito antes desse trabalho de dissertação pela autora, quando trabalhava no Núcleo de Gestão de Custos do HMIB. Para aplicar essa metodologia no ambiente público, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, responsável regional pela implantação da Gestão de custos no Distrito Federal, escolheu alguns hospitais pilotos, no Distrito Federal (Hospital Regional da Ceilândia, Hospital de Base, Hospital de Santa Maria, Hospital de Taguatinga e o Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB). O Núcleo de Gestão de Custos foi implementado por meio da Portaria SES/DF nº 288 de 25/10/2013 e a Portaria SES/DF nº 74 de 29/04/2015 em seu art. 2º designou a Diretoria de Planejamento da SES/DF como coordenadora da implantação da gestão de custos

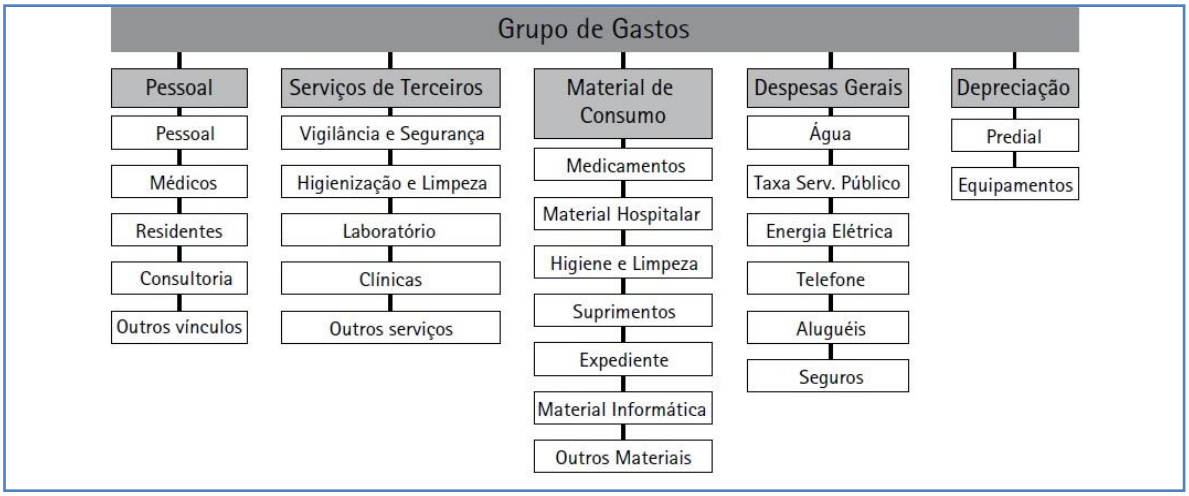
no DF.O foco desse trabalho, realizado pelo Núcleo de Gestão de Custos do Hospital, passou pelas seguintes etapas, seguindo as etapas estipuladas pelo PNGC[15]:

1º fase: Estruturação das unidades por Centro de Custos[15] – para estruturar a instituição por centro de custos, tomou-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e(ou) pela produção e importância na estrutura da instituição. Os centros de Custos dividem-se em Administrativos (relacionados à atividade de natureza administrativa), Centros de Custos intermediários (executa atividades complementares aos exercidos pelos centros de custos finais) e Centros de Custos Finais (Centro de custos que desenvolve atividade diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes).

2º fase: Metodologias de Alocação de Gastos – para se fazer a alocação de gastos, o PNGC[15] enfatiza que se faz necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários, quanto finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento[15].

3º fase: Identificação dos Grupos de Despesas[15] – consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo e despesas gerais.

Figura 1: Identificação dos Grupos de Despesa



Fonte: PNGC (2006).

4º fase: Levantamento da Produção[15]: o levantamento da produção de cada centro de custos deverá ser realizado conforme a unidade de medida padronizada.

5º fase: Cálculo do custo direto[15]: consiste na soma dos custos diretos (pessoal, material de consumo e outros) atribuídos a cada centro de custos.

6ºfase: Cálculo do custo indireto[15]: consiste na soma dos custos indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários.

7º fase: Cálculo do custo total[15]: soma do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários.

8º fase: cálculo do custo médio unitário[15]: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos.

Com base no custo médio dos produtos apresentados, poderemos constatar o valor dos tratamentos e simular valores de pacotes de serviços[15].

3.2 EXEMPLO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO CUSTEIO POR ABSORÇÃO – *CASE* HMIB

O Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, onde foi estudado para aplicação da metodologia proposta é um hospital público, geral, de grande porte, alta complexidade, habilitado para prestar os serviços de SADT, Ambulatorial e Hospitalar. Possui 330 leitos existentes, sendo 173 leitos de Enfermaria, 45 leitos de Pronto Socorro, 112 leitos de UTI (10 UTI Materna, 20 UTI Pediátrica e 82 leitos UTI Neonatal). Dos 330 leitos, atualmente 260 estão operacionais. Dados de produção fornecidas pelo Núcleo de Estatística do Hospital registraram que no ano de 2016 foram realizadas 74.815 consultas ambulatoriais, 3.975 partos, 1.499 cirurgias eletivas realizadas e 1.713 cirurgias realizadas de emergência. Foram internados 17.251 pacientes, sendo 4.236 somente na Maternidade.

Foram coletadas todas as despesas ocorridas no hospital, nos anos de 2014 a 2016, bem como a produtividade dos Centros de Custos para se calcular o custo dos procedimentos.

3.3 COLETA DE DADOS

1ª ETAPA: Levantamento dos Custos: O fornecimento de dados ocorreu mensalmente, por meio do levantamento de notas fiscais, relatórios de execução de contratos de executores, sistemas corporativos de Pessoal e de Material, além de notas fiscais e informações de contratos. A produção das áreas foi coletada por e-mail e relatórios apresentados pelo Núcleo de Estatística do hospital. Para fazer a classificação desses dados coletados no hospital, separa as despesas em 4(quatro) grandes grupos, a saber[15]:

Despesa de Pessoal: retirados do sistema de Pessoal – itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isto é, salários e encargos, provisão de férias, 13º salário, horas extras, encargo patronal, etc, por centro de custos, sem rateios[15].

Despesa de Consumo: retirados do sistema de Material – itens consumidos por centro de custos, classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos, etc., mensalmente, sem rateios[15].

Despesa de serviços terceirizado: corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc, necessário fazer rateios[15].

Despesas Gerais: outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) [15], etc.

Considerando os quatro grandes grupos de custos, foi possível chegar ao custo médio total do Hospital Materno Infantil, referente aos anos de 2014 a 2016, que podem ser visualizados na tabela a seguir:

Tabela 1: Custo do Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016

Custo Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custos Diretos				
Pessoal	**R$17.678.191,03**	**R 18.257.335,57**	**R$18.185.669,95**	**R 18.040.398,85**
Material de Consumo	**R$ 1.967.692,60**	**R$ 1.293.758,34**	**R$ 1.129.771,60**	**R$ 1.463.740,85**
Combustíveis e Lubrificantes Automotivos	R$ 5.585,73	R$ 5.549,28	R$ 6.547,20	R$5.894,07
Combustíveis e Lubrificantes para Outras Finalidades	R$ 66.302,73	R$ 111.906,67	R$ 102.870,00	R$93.693,13
Gases Medicinais	R$ 116.058,25	R$ 40.397,78	R$ 40.963,66	R$65.806,56

Material de Expediente	R$ 7.991,41	R$ 3.495,66	R$ 3.639,47	R$5.042,18
Material de Limpeza	R$ 19.736,50	R$ 31.648,67	R$ 19.519,20	R$23.634,79
Material Laboratorial	R$ 255.426,08	R$ 199.319,78	R$ 104.312,27	R$186.352,71
Material Médico-Hospitalar	R$ 901.923,19	R$ 407.718,11	R$ 341.515,38	R$550.385,56
Material Odontológico	R$ 0,00	R$ 659,86	R$ 5.633,76	R$3.146,81
Material para Reabilitação (Órteses, próteses e materiais especiais - OPME)	R$ 11.190,44	R$ 12.959,17	R$ 7.908,57	R$10.686,06
Medicamentos	R$ 392.449,71	R$ 330.114,33	R$ 367.979,91	R$363.514,65
Nutrição Enteral	R$ 130.066,03	R$ 137.867,31	R$ 112.368,22	R$126.767,19
Outros Materiais de Consumo	R$ 60.962,54	R$ 12.121,73	R$ 16.513,96	R$29.866,08
Custos Indiretos				
Serviços de Terceiros	**R$ 2.702.103,83**	**R$ 2.665.402,81**	**R$ 2.830.178,29**	**R$ 2.732.561,64**
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica (FUNAP)	R$ 8.615,45	R$ 5.795,74	R$ 6.858,56	R$7.089,92
Serviço de Esterilização de Materiais	R$ 0,00	R$ 23.953,53	R$ 19.835,60	R$21.894,57
Serviço de Manutenção e Conservação de Bens Imóveis	R$ 114.962,47	R$ 27.052,39	R$ 522.913,05	R$221.642,64
Serviço de Manutenção e	R$ 503.891,84	R$ 503.917,42	R$ 725.426,71	R$577.745,32

Conservação de Máquinas e Equipamentos				
Serviços de Apoio Administrativo, Técnico e Operacional (Recepcionistas)	R$ 71.461,92	R$ 26.185,82	R$ 0,00	R$48.823,87
Serviços de Fornecimento de Alimentação - Pessoa Jurídica	R$ 716.651,22	R$ 688.751,99	R$ 491.383,60	R$632.262,27
Serviços de Limpeza e Conservação	R$ 894.355,79	R$ 950.644,40	R$ 1.053.750,72	R$966.250,30
Serviços de Tecnologia da Informação	R$ 10.341,85	R$ 10.258,18	R$ 10.010,04	R$10.203,36
Serviços de Vigilância e/ou Segurança	R$ 381.823,30	R$ 428.843,35	R$ 491.383,60	R$434.016,75
Despesas Gerais	**R$ 252.819,86**	**R$ 306.235,09**	**R$ 343.188,56**	**R$ 300.747,84**
Serviço de Água e Esgoto	R$ 155.586,62	R$ 167.046,14	R$ 194.188,15	R$172.273,64
Serviços de Energia Elétrica	R$ 81.480,35	R$ 124.967,24	R$ 134.378,57	R$113.608,72
Serviços de Telecomunicações Fixa	R$ 15.752,89	R$ 14.221,72	R$ 14.621,84	R$14.865,48
Total Geral	**R$22.600.807,32**	**R$22.522.731,81**	**R$22.488.808,39**	**R$22.537.449,17**

Fonte: Sistema APURASUS/MS

Após o levantamento das despesas totais do hospital, chegou-se ao custo do Centro Obstétrico, local onde se aplica o serviço de parto. O hospital estudado tem um **custo médio mensal aproximado de R$ 22,5 milhões** e o centro de custo do Centro Obstétrico total representa aproximadamente 12% desse valor total.

De posse das informações dos custos do hospital, partiu-se para se conhecer os custos do Centro Obstétrico, conforme apresentados na Tabela 2:

Tabela 2: Custo do Centro Obstétrico do HMIB nos anos 2014 a 2016

Custo do Centro Obstétrico HMIB				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
1- Pessoal	R$ 1.471.661,88	R$ 1.764.916,52	R$ 1.627.355,17	R$ 1.621.311,19
2-Material de Consumo	R$ 70.263,83	R$ 48.519,86	R$ 51.254,50	R$ 56.679,40
3-Serviços de Terceiros	R$ 184.878,76	R$ 167.949,62	R$ 177.484,20	R$ 176.770,86
4-Despesas Gerais	R$ 21.677,58	R$ 21.955,44	R$ 24.651,24	R$ 22.761,42
Total Custo Diretos= 1+2	R$ 1.541.925,71	R$ 1.813.436,38	R$ 1.678.609,67	R$ 1.677.990,59
Total Custos Indiretos = 3+4	R$ 206.556,34	R$ 189.905,06	R$ 202.135,44	R$ 199.532,28
Rateios Recebidos	R$ 1.254.157,88	R$ 886.902,33	R$ 907.125,74	R$ 1.016.061,98
Custo Total (Custos Diretos + Indiretos+ Rateios)	**R$ 3.002.639,92**	**R$ 2.890.243,78**	**R$ 2.787.870,84**	**R$ 2.893.584,85**
Produção – Quantidade de Partos	441	320	331	364
Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Parto Cirúrgico (cirurgia porte 2)	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15

Fonte: Sistema APURASUS/MS

O custo de um parto normal de risco habitual no referido hospital analisado está em média de R$ 8.113,77. O valor do parto cirúrgico corresponde ao valor do parto, acrescido do porte 2 de uma cirurgia no referido hospital (acrescentado das despesas cirúrgicas), que é de R$ 2.881,38. Dessa forma, caso a gestante precise fazer um parto cirúrgico, o custo médio por parto cirúrgico será de R$ 10.995,15. É importante destacar que, no campo da produção, quanto mais se produz, menor é o custo do produto e vice-versa. A partir desses valores se elaborou pacotes de serviços, considerando os protocolos envolvidos.

3.4 SEGUNDA ETAPA: ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLOS – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS DA GESTANTE

O serviço abordado para se propor protocolos, visando à criação de uma nova forma de faturamento foi o serviço de parto. O caminho da paciente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo.

De acordo com Nota Técnica feita pelo Governo de Minas Gerais e pela Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais-SOGIMIG[17], a estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, possibilitando atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. (grifo meu). Posteriormente, após saber o caminho a ser seguido por essa paciente, com base em protocolos definidos oficialmente pelo Ministério da Saúde brasileiro18 foram considerados também fatores qualitativos com base em alguns indicadores já conhecidos mundialmente: QALY-*quality adjusted life year* e Indicadores de Segurança do Paciente. Serão com base nesses indicadores que proporemos pacotes de serviços.

3.4.1 Protocolos do Serviço de Parto – condições clínicas

Essa fase consistiu em escolher protocolos a serem seguidos no serviço de parto. O caminho da paciente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo, baseado na metodologia do Ministério da Saúde e da CONITEC.

Para Caldeyro-Barcia (2012)[18], a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e(ou) do feto e(ou) do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. A partir de alguns fatores clínicos, pode-se prever se a paciente será classificada como de Risco Habitual ou de Alto Risco. De acordo com o estudo da SOGIMIG[17], quanto à prevalência, estima-se que 85% das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação). O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde[18] apresenta os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, bem como situações que podem ocorrer durante a gravidez – início ao fim, conforme o grau de risco, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC[19]. A referida Comissão tem como atribuição, dentre outras, constituir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O Protocolo de Diretrizes de Atenção à Gestante

foi elaborado por um grupo multidisciplinar, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anestesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela CONITEC e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) do Ministério da Saúde, visando orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis[19].

De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde[18], a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, e cerca de 98% deles acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. Caracterizam-se como parto de risco habitual[18]:

a) mulheres em trabalho de parto com parto normal planejado (espontâneo ou induzido) entre 37 e 42 semanas de gestação com feto único, vivo e em apresentação cefálica;
b) gestantes com ruptura prematura de membranas no termo ou imediatamente antes do parto;
c) parturientes que apresentarem eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto;
d) anormalidades ou complicações mais comuns encontradas na assistência ao trabalho de parto e parto em todas as suas fases;
e) recém-nascido normal imediatamente após o parto e nas primeiras horas de vida;
f) recém-nascido imediatamente após o parto na presença de líquido meconial;
g) recém-nascido normal em alojamento conjunto e no momento da alta; e
h) aleitamento materno e estímulo à amamentação.

No estudo intitulado Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal[19], se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar e estiver em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical), ela será admitida para assistência. Para o Ministério da Saúde, a duração do trabalho de parto ativo pode variar: – nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; – nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas[19].

Por esse Protocolo da Conitec[19] deve-se registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto: – frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora; – pulso de 1 em 1 hora; – temperatura e PA de 4 em 4 horas; – frequência da diurese; – exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais). Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente[19]. O Quadro 1 demonstra com indicadores o que se enquadra em parto de risco habitual e de alto risco[17-18-19].

Quadro 1:Critérios de Parto de Risco Habitual.

Descrição do Risco – Risco Habitual [17-18-19]
Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:
Idade entre 16 e 34 anos
Gravidez planejada ou desejada
História reprodutiva anterior:
Intervalo interpartal maior que um ano
Ausência de intercorrências clínicas e(ou) obstétricas na gravidez anterior e(ou) na atual
Pré-natal adequado para identificação do risco obstétrico:
Início de Pré-Natal até a 12º semana de gestação
Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado
Ter realizado os exames preconizados no atendimento pré-natal
Intervalo entre as consultas: o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.
Cuidados com a saúde bucal
Consultas realizadas conforme o seguinte cronograma:
Até 28ª semana –mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana–quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana –semanalmente
Descrição do Risco – Alto Risco[17-18-19]
Existência de pré-natal
Ausência de Controle de pré-natal
Características individuais e condições sóciodemográficas desfavoráveis:
Idade maior que 35 anos
Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos
Altura menor que 1,45m
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); – Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos
Situação conjugal insegura
Conflitos familiares
Baixa escolaridade
Condições ambientais desfavoráveis
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Hábitos de vida – fumo e álcool

Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário
Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
História reprodutiva anterior:
Abortamento habitual
Morte perinatal explicada e inexplicada
História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
Parto pré-termo anterior
Esterilidade/infertilidade
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
Nuliparidade e grande multiparidade
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
Diabetes gestacional
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)
Condições clínicas preexistentes:
Hipertensão arterial
Cardiopatias
Pneumopatias
Nefropatias
Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
Hemopatias
Doenças neurológicas (como epilepsia)
Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.)
Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses)
Alterações genéticas maternas
Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma)
Hanseníase
Tuberculose
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
Neoplasias
Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
Doença obstétrica na gravidez atual:

Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
Ganho ponderal inadequado
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Amniorrexe prematura
Hemorragias da gestação
Insuficiência istmo-cervical
Aloimunização
Apresentação Pélvica
Vírus Herpes simples (HSV)
Óbito fetal
Intercorrências clínicas:
Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.)
Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias)
Nascimento Pré-Termo (ou nascimento prematuro ocorre quando o recém-nascido nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional 36 semanas e 6 dias ou menos)
Fatores relacionados à gravidez atual:
Restrição do crescimento intrauterino (Fetos pequenos para a idade gestacional)
Polidrâmnio ou oligoidrâmnio (quantidade líquido amniótico)
Gemelaridade
Malformações fetais ou arritmia fetal
Gestação múltipla
Placenta Prévia Centro total ou centro parcial
Acretismo placentário – gestante com cesariana prévia
Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória)
Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite
Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso
Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual
Evidência laboratorial de proteinúria
Desnutrição materna severa
Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional)
NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)

Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com *Bi-rads* III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)
Adolescentes com fatores de risco psicossocial
Dar antibióticos para a mãe em caso de qualquer uma das condições:
Temperatura da mãe ≥38 ° C
História de mau cheiro do líquido vaginal
Ruptura de membranas > 18 horas
Dar sulfato de magnésio à mãe em caso de qualquer uma das condições:
PA diastólica ≥110 mmHg e 3+ proteinúria
PA diastólica ≥90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica
Dar medicação anti-hipertensiva à mãe se PA sistólica > 160 mmHg • Objetivo: manter PA <150/100 mmHg

3.4.2 Fatores de qualidade associados – QALY – *quality-adjusted life-year*

O sistema de saúde, tanto público quanto privado, custa caro. Para fazer análises de quais investimentos fazer é preciso estabelecer prioridades. De acordo com Vergel e Sculpher[20], países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Países Baixos e países escandinavos fazem análises além do custo-benefício. Para isso eles levam consideração o custo-efetividade dos investimentos. A metodologia utilizada por eles é o custo- utilidade, pela qual se mensura o desfecho em saúde usando o indicador QALY, que é a forma utilizada de estimar os efeitos em saúde[20].

Por essa metodologia se analisam os custos estimados do investimento em saúde, comparado com os meios que está se utilizando atualmente e se vale a pena fazer esse investimento ou não. Tal metodologia foi desenvolvida, de acordo com Ferreira,[21] na década de 70, como uma forma de analisar os ganhos em saúde e suas alterações tanto em qualidade de vida ganha, como em tempos de vida ganhos (mortalidade). O QALY é um indicador de como evoluiu um estado de saúde de uma pessoa. Um ano de perfeita saúde para o QALY gera o indicador 1. A morte é considerada equivalente ao indicador 0. Contudo, segundo Phillips e Thompson[22], alguns estados de saúde podem ser considerados piores que a morte, logo é considerado indicador negativo (-1).

Quando associado com Custos, esse indicador permite analisar não só a qualidade e efetividade de uma intervenção, comparada com outra, como também os custos da intervenção

– se alto ou baixo, por QALY. Ou seja, o QALY tem com base dois componentes – quantidade e qualidade de vida[21].

Além dos três indicadores, para Phillips e Thompson[22], por meio do EQ-5D, as habilidades do indivíduo, principalmente do paciente são divididas em cinco dimensões, a saber:

Quadro 2: Critérios de Indicadores QALY

QALY ou, em inglês, *quality-adjusted life-year*[22].
Mobilidade
Nenhum problema para caminhar
Alguns problemas para caminhar.
Confinado na cama.
Dor/desconforto
Nenhuma dor ou desconforto
Moderada dor ou desconforto.
Extrema dor ou desconforto.
Cuidados Pessoais
Nenhum problema com cuidados pessoais
Alguns problemas para tomar banho ou se vestir sozinho.
Incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho.
Ansiedade/Depressão
Nenhuma ansiedade ou depressão
Moderada ansiedade ou depressão
Extremamente ansioso ou depressivo
Atividades Habituais (trabalhar, estudar, tarefas domésticas, lazer e atividades)
Nenhum problema na realização de atividades costumeiras.
Alguns problemas para realizar as atividades costumeiras.
Incapaz de realizar atividades costumeiras.

De acordo com Phillips e Thompson[22], para cada uma das 5 dimensões é possível associar 3 níveis – **nenhum problema**, **alguns problemas** e **maiores problemas**, totalizando 243 possíveis estados de saúde para escolher. Acrescenta-se a esses os estágios de inconsciência e morte, totalizando 245 no total.

Abaixo segue um quadro do cruzamento dos vários níveis de situação dos pacientes e a nota a isso atribuída[21].

Quadro 3: Critérios de Indicadores QALY de acordo com Phillips e Thompson.[22]

Estado de Saúde	**Descrição**	**Valor**
11111	Nenhum problema.	1.000

11221	Nenhum problema para caminhar; nenhum problema com cuidados pessoais; alguns problemas para realizar as atividades costumeiras; moderada dor ou desconforto; nenhuma ansiedade ou depressão.	0.760
22222	Alguns problemas para caminhar; alguns problemas para tomar banho ou se vestir sozinho; alguns problemas para realizar as atividades costumeiras; moderada dor ou desconforto; moderada ansiedade ou depressão.	0.516
12321	Nenhum problema para caminhar; alguns problemas para tomar banho ou se vestir sozinho; incapaz de realizar atividades costumeiras; moderada dor ou desconforto; nenhuma ansiedade ou depressão.	0.329
21123	Alguns problemas para caminhar; nenhum problema com cuidados pessoais; nenhum problema na realização de atividades costumeiras; moderada dor ou desconforto; extremamente ansioso ou depressivo.	0.222
23322	Alguns problemas para caminhar; incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho; incapaz de realizar atividades costumeiras; moderada dor ou desconforto; moderada ansiedade ou depressão.	0.079
33332	Confinado na cama; incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho; incapaz de realizar atividades costumeiras; extrema dor ou desconforto; moderada ansiedade ou depressão.	-0.429

Fonte: Quadro adaptado de Phillips e Thompson (2009).

Para Phillips e Thompson,[22] a forma de se calcular o QALYS é a seguinte, exemplificada abaixo, comparando dois tipos de intervenção em saúde diferentes, conforme fórmula 1:

Intervenção A: quatro anos de saúde no estado 0.75 → 3 QALYs

Intervenção B: quatro anos de saúde no estado 0.5 → 2 QALYs

Diferença: Número adicional de QALYs gerados pela intervenção A → 1 QALY

Na fórmula 2 são analisadas as mesmas duas intervenções, A e B, agora associada a custos:

Razão de Custo-utilidade = Custo da Intervenção A – Custo da Intervenção B.

Número de QALYs produzidos pela Intervenção A

- Número de QALYs produzidos pela Intervenção B.

3.4.3 Indicadores de Segurança do Paciente

Em 1999 foi publicado um relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, onde foi apresentado mais claramente sobre erros associados aos cuidados em saúde. Para Wachter[23], os eventos adversos em saúde se dividem em evitáveis e não evitáveis. Wachter[23] cita que a definição do termo foi feita pelo *Institute for Healthcare Improvement* (*IHI*) onde definiram "lesão corporal não intencional resultante de (ou promovida por) cuidados médicos (incluindo a ausência de tratamento médico indicado), que exige um acompanhamento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em óbitos".

Com base no mesmo estudo feito pelo *Institute for Healthcare Improvement–IHI*, foram definidos possíveis gatilhos que possam sugerir desfecho gerados por eventos adversos, conforme quadro abaixo:

Quadro 4: Critérios de Segurança do Paciente, de acordo com o *Institute for Healthcare Improvement–IHI.*

A- Módulos de Gatilhos na Assistência	
A1	Transfusão de sangue ou uso de Hemocomponentes
A2	Acionamento de Código (azul, vermelho, amarelo,etc), Parada Cardíaca ou Respiratória, ou Acionamento do time de resposta rápida.
A3	Diálise Aguda
A4	Hemocultura Positiva
A5	Radiografia ou Ultrassonografia com doppler para avaliar embolismo ou Trombose Venosa Profunda
A6	Diminuição na Hemoglobina ou no Hematrócito de 25% ou maior
A7	Queda de Paciente
A8	Úlcera de Decúbito
A9	Readmissão em até 30 dias
A10	Restrição/Contenção Física
A11	Infecção relacionada à Assistência à Saúde
A12	Acidente vascular encefálico intra hospitalar
A13	Transferência para unidade de cuidado de maior complexidade
A14	Qualquer complicação relacionada a procedimento
A15	Outro

M – Módulo de Gatilhos de Medicamentos	
M1	Teste positivo para Clostridium difficile em Amostra de Fezes
M2	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) maior que 100 segundos
M3	Razão Normalizada Internacional (RNI) maior que 6
M4	Glicemia menor que 50 mg/dL
M5	Elevação na Ureia ou na Creatinina Sérica Duas Vezes (2x) o Valor Basal
M6	Administração de Vitamina K
M7	Administração de Difenidramina (Benadryl®)
M8	Administração de Flumazenil
M9	Administração de Naloxone (Narcan®)
M10	Administração de Anti Eméticos

M11	Sedação Excessiva / Hipotensão
M12	Interrupção Abrupta de Medicamento
M13	Outro

C – Módulo de Gatilhos Cirúrgicos	
C1	Reabordagem Cirúgica
C2	Mudança de Procedimento Planejado
C3	Admissão em Unidade de Terapia Intensiva no Pós-Operatório
C4	Intubação ou Reintubação ou uso de BiPAP na Recuperação Pós-Anestésica
C5	Radiografia no Intraoperatório ou na Recuperação Pós-Anestésica
C6	Óbito no Intra ou Pós-Operatório
C7	Ventilação Mecânica por Mais que 24 Horas no Pós-Operatório
C8	Administração de Adrenalina, Noradrenalina, Naloxone ou Flumazenil no Intraoperatório
C9	Elevação no Nível de Troponina Maior que 1,5 Nanograma/mL no Pós-Operatório
C10	Injúria, Reparo ou Remoção de Órgão Durante Procedimento Cirúrgico
C11	Ocorrência de Qualquer Complicação Operatória
I - Módulo de Gatilhos em Cuidados Intensivos	
I1	Diagnóstico de Pneumonia
I2	Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva
I3	Procedimento na Unidade
I4	Intubação/ Reintubação

P - Módulo de Gatilhos Perinatais*	
P1	Uso de Terbultalina
P2	Laceração de 3º ou 4º Grau
P3	Contagem de Plaquetas Menor que 50.000
P4	Perda de Sangue Estimada Maior que 500 mL para Parto Vaginal, ou Maior que 1.000 mL para Parto Cesáreo
P5	Consulta com especialista
P6	Administração de Agente Oxitócico
P7	Parto Vaginal Instrumentado
P8	Administração de Anestesia Geral

* Somente os registros maternos serão selecionados para revisão quando se utiliza a ferramenta Global de gatilhos IHI; assim, só apenas gatilhos relacionados à documentação no registro materno estão incluídos. Eventos adversos a recém-nascidos não são medidos com essa ferramenta.

	E - Módulo de Gatilhos na Emergência
E1	Readmissão na Emergência em 48 horas
E2	Tempo na Emergência Maior que 6 horas

Além da Ferramenta de Rastreamento Global, existem outras ferramentas que podem ser utilizadas para acionar gatilhos de erros e eventos adversos. Segundo Wachter[23], o maior impacto dos erros associados aos cuidados em saúde e dos eventos adversos recai sobre os pacientes e seus entes queridos:

> Em sistemas de *fee- for-service* parte do problema é que provedores de cuidado e instituições são geralmente compensados pelo cuidado inseguro, proporcionando pouco incentivo financeiro para fazer investimentos necessários para sistemas mais seguros.

3.5 PROPOSTA DE PACOTES DE SERVIÇOS

Mas, em que consiste a remuneração por pacotes de serviços? Essa forma de pagamento, segundo Lee e Porter[11], abrange o ciclo completo de cuidados conforme o tipo de doença que o paciente apresenta: para patologias agudas, o atendimento geral para doenças crônicas por um período definido (geralmente um ano), ou cuidados primários e preventivos para uma população de pacientes definida (crianças saudáveis, por exemplo). Pagamentos em pacotes bem desenvolvidos incitam diretamente os cuidados de alto valor e o trabalho em equipe. O pagamento está ligado aos cuidados globais para um paciente com uma determinada patologia, alinhando-o com o que a equipe pode controlar. Os provedores se beneficiam da melhoria da eficiência, ao mesmo tempo em que mantêm ou melhoram os resultados. Os hospitais são reembolsados pelos cuidados com um único pacote de pagamento, que inclui todas as despesas hospitalares e médicas associadas tanto aos atendimentos internos como externos pré e pós-operatórios. No caso do SUS, evitaria as distorções de pagamentos e ofertas de serviços para a alta complexidade, em detrimento da baixa complexidade, porque não importa o local onde o paciente está sendo tratado, mas a efetividade do atendimento a esse paciente – o resultado final[11].

Adaptando a realidade apresentada pelos autores Lee e Porter[11] para o Sistema Único de Saúde, ao efetuar o ressarcimento da Tabela SUS por pacote, o pagamento deve cobrir o custo total dos serviços durante todo o ciclo de tratamento para determinada condição do paciente, envolvendo desde a baixa até a alta complexidade, se for o caso. O escopo do tratamento deve ser definido pela perspectiva do paciente (por exemplo, fazer o parto de uma criança saudável). "O tratamento deve incluir todos os serviços necessários, incluindo gerenciamento de comorbidades comuns e complicações relacionadas". Porter e Kaplan[2] chamam esse pagamento por pacote de *Bundled Services*, em tradução livre, pacotes de serviços. Para os autores, o pagamento via *bundled services* deve ser vinculado a bons resultados que sejam relevantes aos pacientes. Resultados importantes incluem manutenção ou retorno à função normal, redução da dor, prevenção e redução de complicações ou recidivas.

Abaixo segue um comparativo entre os dois modelos – faturamento por procedimentos com o modelo de faturamento por pacote de serviços – com base nas informações e pesquisas realizadas por Porter e Kaplan[2]:

Quadro 5: Comparativo entre faturamento por procedimento x faturamento por pacote de serviços baseada em Porter e Kaplan 2016

Faturamento *Fee-for-service*	**Faturamento por pacote de serviços**
Remunera pela quantidade	Remunera pela qualidade
Foco na doença	Foco na prevenção das causas
Preocupação apenas em reduzir custos	Foco no trabalho final do serviço prestado
Cobra conforme demanda	Requer padronização dos processos
Foco no médico	Foco no paciente
Atendimento isolado	Atendimento multidisciplinar

De acordo Lee e Porter[11], uma melhor mensuração de resultados e de custos torna os pagamentos dos pacotes mais fáceis de serem definidos e acordados. Uma plataforma comum de TI possibilita a colaboração e a coordenação eficaz dentro das equipes, ao mesmo tempo em que extrai, compara e elabora relatórios de resultados e dados de custo mais facilmente. Associando a realidade do SUS para facilitar esse tipo de atendimento integralizado, o prontuário médico do paciente deve estar conectado, tanto o que é preenchido na Atenção Primária à Saúde, como o dos hospitais, para que se consiga acompanhar a evolução do tratamento do paciente, como um todo.

Bertó e Beulke[24] apresentam algumas vantagens do pacote de serviço, a saber:

> a) melhoria do nível de ocupação da instituição, como consequente redução de ociosidades;
> b) comprometimento das áreas internas no uso adequado dos fatores de materiais diretos e tempo de execução dos serviços;
> c) redução ou praticamente eliminação das discussões envolvendo glosas;
> d) menores trabalhos burocráticos de auditoria;
> e) maior facilidade no processo das informações para faturamento;
> f) tendência do aumento do resultado em vistas das vantagens anteriores e das garantias de volume de ocupação.

Bertó e Beulke[24] entendem que o pacote por serviços possibilita a padronização de atendimentos, permitindo que se estime o prazo de internação, quais medicações lhes serão aplicadas e a bateria de exames a qual serão submetidos. Para esses autores, a presença do prontuário eletrônico e, na sequência, a formatação de protocolos facilitam a tarefa de avaliação de custos por pacotes de serviços. Os protocolos são indispensáveis nos hospitais atendidos pelo SUS, tendo em vista o volume elevado de atendimento, que garante acerto nos atos médicos, eliminando-se com isso a geração de custos excedentes ou evitáveis[24].

Para analisar essa quantidade maciça de dados, o uso de big data é fundamental. De acordo com Chiavegatto Filho[25,] para se ter dados relevantes e precisos sobre o paciente é muito

importante investir em medicina de precisão, prontuários eletrônicos do paciente e a internet das coisas.

Posto isso, o produto aqui apresentado, chamado de protótipo de sistema de faturamento hospitalar por serviços, busca dar uma visão de como esses dados interligados podem contribuir para um bom faturamento hospitalar, preocupado com a qualidade do atendimento ao paciente, ao invés de focar somente na quantidade.

4 OBJETIVO GERAL

Fazer uma nova proposta de faturamento, alternativo ao modelo *fee-for -service*: de pagamento por procedimento para pagamento por pacote de serviços, utilizando como exemplo o serviço de parto: de risco habitual, parto de alto risco e parto de risco extremo. Tal objetivo visa alterar o foco do faturamento hospitalar predominante atualmente, na busca da redução de custos e melhor gerenciamento dos serviços.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, documental, baseada em dados secundários, com abordagem quantitativa, no qual objetiva-se analisar o comportamento dos custos hospitalares de programas voltados para a saúde da mulher de um hospital materno infantil dos anos de 2014 a 2016, realizado em três etapas: 1 - levantamento de custos hospitalares; 2 - escolhas dos protocolos de atendimento; 3- elaboração de pacotes de serviço.

5.2 LOCAL E PERÍODO

Os dados de Custos foram coletados do Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, que faz parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no período de 2014 a 2016, uma instituição pública, 100% SUS. É um hospital de grande porte e alta complexidade, com foco no binômio mãe/filho e especializado nas seguintes áreas: Cirurgia Neonatal, Medicina Fetal, Neonatologia, Alto Risco, Pediatria e Reprodução Humana Assistida. Além disso,

- É Hospital de Ensino desde 2007.
- É Hospital Amigo da Criança.
- É Hospital integrante da Rede Sentinela de Vigilância em Saúde.
- Um dos primeiros hospitais públicos do País a ter seus Custos mapeados.

5.3. AMOSTRA

Foram coletadas todas as despesas ocorridas no hospital, nos anos de 2014 a 2014, bem como a produtividade, para se calcular o custo dos procedimentos

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para propor um novo modelo de faturamento, além da necessidade de se levantar o custo da unidade, é necessário padronizar os processos e insumos para uma segura formulação de preços, conforme apresentado e descrito no referencial teórico dessa dissertação.

Os estudos de Custos foram realizados, levando em consideração os anos de 2014 a 2016. Primeiro se calculou o custo do hospital para, posteriormente, incluir o custo do centro de custo Centro Obstétrico

Após o levantamento de custos, por tipo de serviço, tem-se a necessidade de se estabelecer protocolos, ou seja, por qual caminho uma mulher passou ao ser atendida em um Hospital Materno Infantil, conforme as suas condições de saúde.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi feita com base em dados secundários, baseada dados de sistemas, notas ficais e documentais, sem necessidade de avaliação do Comitê de Ética por não envolver pesquisa com seres humanos ou prontuários médicos. Somente autorização do gestor da unidade.

5.7 PRODUTOS

De acordo com a Capes[26], o mestrado profissional é voltado para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho. Dessa forma, os produtos gerados devem ser sempre vinculados a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno e de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, podendo ser apresentado em diversos formatos. Posto isso, dois produtos foram gerados: Produto 1: Protótipo de Faturamento Hospitalar: trata-se de um protótipo de tabela de faturamento hospitalar (Apêndice 1), aplicado ao serviço de parto, desenvolvido para simular como os pacientes serão classificados, conforme o seu estado de saúde. O protótipo simula 3 tipos de pacotes – sendo o pacote 1- para pacientes classificadas com risco habitual; pacote 2- para pacientes classificadas com alto risco e pacote 3- para pacientes classificadas como de risco extremo. A partir do modelo do protótipo será possível desenvolver um sistema, a partir do modelo proposto no protótipo, sendo cada serviço feito de forma separada. Para elaborar esse modelo de protótipo

foi necessário fazer análise de levantamento de custos (avaliação econômica em saúde) e montagem de protocolos. Depois de classificada, com base no preenchimento do questionário, a paciente saberá o custo do seu atendimento. Essa mesma classificação poderá servir para fazer um planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida.

Produto 2: Artigo original intitulado "Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service,* submetido à revista A2.

6 RESULTADOS

6.1 ELABORAÇÃO DOS PACOTES DE SERVIÇO

Para se chegar ao valor dos pacotes, considerou-se primeiramente as condições clínicas que se encontra a gestante (fatores de risco). Posteriormente se calculou o valor do parto (seja ele normal ou cirúrgico) mais o custo da internação da mesma, seja na enfermaria, setor de alto risco e/ou UTI. Considerou-se nessa análise o tempo médio de internação em cada setor, baseado no tempo médio de internação fornecido pelo Núcleo de Estatística do hospital.

A síntese do cálculo do pacote pode ser visualizada na equação abaixo:

Custo do parto + Custo da Internação = Custo Total do pacote

Importante destacar que todos as demais despesas envolvidas (atendimento ambulatorial, exames, alimentação, materiais médico-hospitalares etc), já estão incluídos nas despesas abaixo envolvidas, seja diretamente ou indiretamente. Com informações do perfil da paciente e dados de custos, conforme o tipo de parto a ser realizado, será possível formar os pacotes. Importante destacar que a instituição pode ter um perfil pré-definido da paciente, caso ela faça o acompanhamento pré-natal na mesma instituição que irá realizar o parto e tenha os dados cadastrados em prontuário eletrônico. Isso já facilitaria a classificação da mesma.

Outro fator relevante a ser considerado é que foi considerado os padrões mais prevalentes para os desfechos possíveis apresentados abaixo para cada paciente, conforme seu grau de risco. Importante destacar que, dentro do pacote situada, a paciente precisa receber alta dentro do melhor estado de saúde possível.

Um parto normal de risco habitual no referido hospital analisado custa em média de **R$ 8.113,77**. Caso a gestante precise fazer um parto cirúrgico, o custo médio por parto cirúrgico será de **R$ 10.995,15**. O valor do parto cirúrgico corresponde ao valor do parto, acrescido do

porte 2 de uma cirurgia no referido hospital (acrescentado das despesas cirúrgicas), que é de **R$ 2.881,38.**

Segue abaixo um perfil aproximado das pacientes classificadas conforme grau de risco apresentado, indicador QALY e segurança do paciente.(11-16) (Quadro 1).

I- Pacote 1 – Risco Habitual: enquadra-se nesse pacote as gestantes que **não** apresentarem alguma das condições clínicas essenciais relacionadas aos pacotes de alto risco e risco extremo, isso significa que elas só serão enquadradas nas condições clínicas que caracterizam o risco habitual.

Quadro 6: Fatores de Risco – Paciente de Risco Habitual – Pacote 1: Perfil Clínico da Gestante[17-18-19-22-23].

Fatores de Risco – Paciente de Risco Habitual – Pacote 1 [17-18-19-22-23]
Idade entre 16 e 34 anos
Gravidez planejada ou desejada
Intervalo interpartal maior que um ano
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ ou na atual
Início de Pré-Natal até a 12º semana de gestação
Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado
Ter realizado os exames preconizados no atendimento pré-natal
Intervalo entre as consultas: o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.
Cuidados com a saúde bucal
Até 28ª semana –mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana–quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana –semanalmente
Nenhum problema para caminhar
Nenhuma dor ou desconforto
Nenhum problema com cuidados pessoais
Baixa ansiedade ou depressão
Nenhum problema na realização de atividades costumeiras.

O caminho da paciente de risco habitual pode ter dois possíveis desfechos, conforme explicado abaixo:

a) **Paciente de risco habitual com parto normal**: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto normal, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto -Alcon.

Tabela 3:Custo da gestante de risco habitual – parto normal

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto normal				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Internação Enfermaria	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio total parto normal de risco habitual	R$ 7.740,76	R$ 11.142,34	R$ 10.074,79	**R$ 9.652,63**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Dessa forma, o custo médio total do parto normal, mais a internação será de **R$ 9.652,63** (nove mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e sessenta e três centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

b) Custo da gestante de risco habitual com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria.

Tabela 4: Custo da gestante de risco habitual – parto cirúrgico

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto cirúrgico				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo Médio Internação Alcon	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86

Custo médio total parto cirúrgico de risco habitual	**R$ 10.622,14**	**R$ 14.023,72**	**R$ 12.956,17**	**R$ 12.534,01**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico, mais a internação será de **R$12.534,01** (doze mil, quinhentos e trinta e quatro reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

II - Pacote 2 – Alto Risco: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar condições clínicas em pelo menos uma das seguintes áreas: Cardiovascular, Respiratório, Hematológica, Endócrina, Infecciosa, Imune, Renal, Neurológica, Gastrointestinal, Psiquiátrica, Complicações Prévias ou problemas na gravidez atual.

Quadro 7: Fatores de Risco – Paciente de Alto Risco Pacote 2: Perfil Clínico da Gestante[17-18-19-22-23]

Fatores de Risco – Alto Risco – Pacote 2[17-18-19-22-23]
Idade maior que 35 anos
Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); – Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos
Situação conjugal insegura
Conflitos familiares
Baixa escolaridade
Condições ambientais desfavoráveis
Hábitos de vida – fumo e álcool
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
Nuliparidade e grande multiparidade
Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado

Apresentação Pélvica
Nascimento Pré-Termo (ou nascimento prematuro ocorre quando o recém-nascido nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional 36 semanas e 6 dias ou menos).
Gestação múltipla
Adolescentes com fatores de risco psicossocial
Alguns problemas para caminhar.
Apresenta moderada dor ou desconforto.
Algum problema para tomar banho ou se vestir sozinho.
Moderada ansiedade ou depressão
Alguns problemas para realizar as atividades costumeiras.
Restrição/Contenção Física
Consulta com especialista
Tempo na emergência maior que 6 Horas
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Parto pré-termo anterior
Esterilidade/infertilidade
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
Cardiopatias
Alterações genéticas maternas
Hanseníase
Tuberculose
Vírus Herpes simples (HSV)
Desnutrição materna severa

Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com *Bi-rads* III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)
Administração de Anti Eméticos
Ausência de Controle de Pré-Natal
Altura menor que 1,45m
Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário
Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
Abortamento habitual
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
Ganho ponderal inadequado
Gemelaridade
Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite
Obesidade mórbida ou baixo peso (nesses casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional)
História de mau cheiro do líquido vaginal
Hemocultura Positiva
Úlcera de Decúbito
Qualquer complicação relacionada a procedimento
Teste positivo para *Clostridium difficile* em Amostra de Fezes

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) maior que 100 Segundos
Sedação Excessiva / Hipotensão
Interrupção Abrupta de Medicamento
Mudança de Procedimento Planejado
Radiografia no Intraoperatório ou na Recuperação Pós–Anestésica
Procedimento na Unidade
Administração de Agente Oxitócico
Parto Vaginal Instrumentado
Morte perinatal explicada e inexplicada
História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
Diabetes gestacional
Hipertensão arterial
Pneumopatias
Nefropatias
Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
Hemopatias
Doenças neurológicas (como epilepsia)
Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.)
Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses)
Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma)

Neoplasias
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Amniorrexe prematura
Hemorragias da gestação
Insuficiência istmo-cervical
Aloimunização
Óbito fetal
Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.)
Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias)
Restrição do crescimento intrauterino (Fetos pequenos para a idade gestacional)
Polidrâmnio ou oligoidrâmnio (qtdade líquido amniótico)
Malformações fetais ou arritmia fetal
Placenta Prévia Centro total ou centro parcial
Acretismo placentário – gestante com cesariana prévia
Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso
Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual
NIC III (nesses casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)
Temperatura da mãe ≥ 38 ° C
Ruptura de membranas > 18 horas
PA diastólica ≥110 mmHg e 3+ proteinúria
PA diastólica ≥90 mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica

Dar medicação anti-hipertensiva à mãe se PA sistólica > 160 mmHg • Objetivo: manter PA <150/100 mmHg
Queda de Paciente
Readmissão em até 30 dias
Diagnóstico de Pneumonia

O caminho da paciente de alto risco pode ter dois possíveis desfechos, conforme explicado abaixo:

a) Paciente de alto risco com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, o custo do parto normal, além do custo do retorno para a enfermaria (Alcon), para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco fica, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada na unidade Alcon.

Tabela 5: Custo da gestante de alto risco – parto normal

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco- parto normal				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98
Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Internação Alcon	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	**R$ 12.322,26**	**R$ 16.112,69**	**R$ 18.594,89**	**R$ 15.676,61**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Diante disso, o custo médio total do parto normal – de alto risco, mais a internação será de **R$15.676,01** (quinze mil, seiscentos e setenta e seis reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

b) Paciente de alto risco com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto cirúrgico, além do custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do

Hospital, a paciente de Alto Risco permanece, em média, 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada na unidade Alcon.

Tabela 6: Custo da gestante de alto risco – parto cirúrgico

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco - parto cirúrgico				
Item de custo	**Valor médio 2014**	**Valor médio 2015**	**Valor médio 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo Médio Internação Alcon	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	**R$15.203,64**	**R$18.994,07**	**R$21.476,27**	**R$18.557,99**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico – de alto risco, mais a internação será de **R$18.557,99** (dezoito mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e noventa e nove centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

III) Pacote 3 – Risco Extremo: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar pelo menos 1 (um) dos estágios informados abaixo:

Quadro 8: Fatores de Risco – Paciente de Risco Extremo – Pacote 3: Perfil Clínico da Gestante[17-18-19-22-23]

Fatores de Risco – Risco Extremo - Pacote 3 [17-18-19-22-23]
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
Evidência laboratorial de proteinúria
Confinado na cama.
Extrema dor ou desconforto.
Incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho.

Extremamente ansioso ou depressivo
Incapaz de realizar atividades costumeiras.
Transfusão de Sangue ou uso de Hemocomponentes
Acionamento de Código (azul, vermelho, amarelo,etc), Parada Cardíaca ou Respiratória, ou Acionamento do time de resposta rápida.
Diálise Aguda
Radiografia ou Ultrassonografia com doppler para avaliar embolismo ou Trombose Venosa Profunda
Diminuição na Hemoglobina ou no Hematrócito de 25% ou maior
Infecção relacionada à Assistência à Saúde
Acidente vascular encefálico intra-hospitalar
Transferência para unidade de cuidado de maior complexidade
Razão Normalizada Internacional (RNI) maior que 6
Glicemia Menor que 50 mg/dL
Elevação na Ureia ou na Creatinina Sérica Duas Vezes (2x) o Valor Basal
Administração de Vitamina K
Administração de Difenidramina (Benadryl®)
Administração de Flumazenil
Administração de Naloxone (Narcan®)
Reabordagem Cirúgica
Admissão em Unidade de Terapia Intensiva no Pós-Operatório
Intubação ou Reintubação ou uso de BiPAP na Recuperação Pós Anestésica
Ventilação Mecânica por Mais que 24 Horas no Pós-Operatório
Administração de Adrenalina, Noradrenalina, Naloxone ou Flumazenil no Intraoperatório
Elevação no Nível de Troponina Maior que 1,5 Nanograma/mL no Pós-Operatório
Injúria, Reparo ou Remoção de Órgão Durante Procedimento Cirúrgico
Ocorrência de Qualquer Complicação Operatória
Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva

Intubação/ Reintubação
Uso de Terbultalina
Laceração de 3º ou 4º Grau
Contagem de Plaquetas Menor que 50.000
Perda de Sangue Estimada Maior que 500 mL para Parto Vaginal, ou Maior que 1.000 mL para Parto Cesáreo
Administração de Anestesia Geral
Readmissão na Emergência em 48 Horas após a alta

O caminho da paciente de risco extremo pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Paciente de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação da UTI Materna e o retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com estudos da estatística do hospital, as gestantes de risco extremo ficam em torno de 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais a recuperação no Alcon de, em média 2 (dois) dias internada na enfermaria.

Tabela 7: Custo da gestante de risco extremo I

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo I				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo médio UTI Materna	5x (5.098,33) = R$ 25.491,65	5x (6.454,33) = R$ 32.271,65	5x (5.758,83) = R$ 28.794,15	5x (5.770,50) = R$ 28.852,48
Custo Médio Internação Alcon (mãe)	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de risco extremo	**R$ 36.113,79**	**R$ 46.295,37**	**R$ 41.750,32**	**R$ 41.386,49**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R$ 41.386,49** (quarenta e um mil, trezentos e oitenta e seis reais e quarenta e nove centavos.) A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 (sete) dias no hospital.

b) **Paciente de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI**: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, para casos em que a paciente já estava internada no hospital aguardando seu parto, o custo do parto cirúrgico, além da internação na UTI para estabilização, mais o custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de, em média, 5 (cinco) dias internada na UTI Materna, mais 2 (dois) dias internada na unidade Alcon para recuperação.

Tabela 8: Custo da gestante de risco extremo II

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo II				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo médio UTI Materna	5x (5.098,33) = R$ 25.491,65	5x (6.454,33) = R$ 32.271,65	5x (5.758,83) = R$ 28.794,15	5x (5.770,50) = R$ 28.852,48
Custo Médio Internação Alcon	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	**R$40.695,29**	**R$51.265,72**	**R$51.270,42**	**R$ 47.743,81**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Diante disso, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R$ 47.743,81** (quarenta e sete mil, setecentos e quarenta e três reais e oitenta e um centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 12 dias no hospital.

Os pacotes aqui apresentados permitirão que, após a paciente ser classificada em um dos pacotes acima, será possível informar previamente para a família da paciente, provedores de planos de saúde e demais interessados, o valor previsto para se fazer o parto, dentro das condições ideias para que a paciente receba alta com saúde. Não serão recompensados ineficiência no cuidado. Pelo contrário. A busca pelas melhores práticas, permitirá reduzir custos e cortar desperdícios, sem comprometer a qualidade.

7 DISCUSSÃO

Por mais que pareça ousado propor uma nova tabela de faturamento hospitalar, entende-se que esse assunto é pauta premente e precisa ser estudado em todas as suas nuances. A busca pela transparência na área da saúde não permite mais esconder os reais custos atrás de uma tabela por procedimento. O modelo *fee-for service* precisa ser revisado. Novas propostas precisam ser colocadas à disposição de todos os *stakeholders* da área de saúde. Os custos aqui apresentados são reais e podem trazer luz para todos aqueles que tem dúvidas sobre esse assunto. Independentemente de ter sido feito aplicado a um único serviço, as mesmas técnicas podem ser replicadas em outras unidades de saúde.

No referido estudo, ao entrar na unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo na assistência ao paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. A preocupação com a qualidade do atendimento será maior, pois o faturamento ocorrerá para aquele pacote definido. Situações extras provocados por falhas na segurança do paciente, por exemplo, não serão recompensadas2. O caso foi aplicado ao serviço de parto de um hospital público, mas pode ser replicado em qualquer instituição, seja pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade. Cabe ressaltar que o case apresentado não leva o lucro em consideração. Tem-se apenas os dados de custos. Caso seja aplicado por planos de saúde ou hospitais particulares, deve-se sempre levar em consideração as peculiaridades de cada instituição. Os valores variam para maior ou menor, conforme seja feita a gestão dos recursos.

Outra informação relevante a ser considerada é que no estudo aqui apresentado, não estão incluídos os cuidados com o bebê. Apenas com a mãe. Dessa maneira, há a necessidade de se complementar esses estudos com os custos do binômio – mãe e filho e ver o real impacto, caso seja estabelecido pacote de serviços. Como são centro de custos diferentes, entendemos a necessidade de se criar pacotes separados para cada um.

Importante reforçar que a mesma metodologia aplicada nesse estudo pode ser aplicada a outras instituições, mas, considerando dados e indicadores específicos da instituição e principalmente seus custos hospitalares. Protocolos padronizados são essenciais para diminuir custos e aumentar a qualidade do atendimento para o paciente. Isso garante uniformidade de ações e diminuição de desperdícios. Atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental.

Contudo, o modelo de faturamento proposto tem provocado controvérsias. Bichuetti e Ali Mere[6] entendem que alterar simplesmente o modelo de remuneração sem a conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial é buscar solução de curto prazo que arrastaria para o futuro as mesmas mazelas do sistema atual.

Bailey[29] também reforça que por sí só a assistência à saúde baseada em valor, como o modelo do *Bundled Service* não reduz gastos ou melhora resultados. Para o autor, a transição para essa abordagem implica infraestrutura adicional, custos com treinamento e a complexidade de prestar assistência à saúde em um ambiente que combina o *fee-for-service* com a remuneração baseada em valor. Além disso, para cumprir a promessa de melhorar a saúde e reduzir gastos, Bailey[29] entende que essa metodologia precisa ser aprimorada por meio de uma abordagem estruturada voltada à eliminação de desperdício e implementada em conjunto com amplos esforços para lidar com fatores que ultrapassam os limites tradicionais da assistência à saúde[27].

Posto isso, acreditamos que esse novo modelo, mesmo com necessidade de estudos complementares é viável a sua implementação e pode ser uma alternativa real ao faturamento hoje existente.

8 CONCLUSÃO

Foi possível chegar a uma nova tabela de faturamento, associando custos hospitalares e protocolos específicos de atendimento para se formar pacotes de serviço. Com isso, além de um maior controle dos custos envolvidos nos tratamentos, essa mesma classificação poderá servir para fazer um planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida, com enfoque na qualidade do atendimento.

Os operadores de saúde em todo o mundo já perceberam que é necessário evoluir com o assunto faturamento hospitalar – deixar o modelo *fee-for-service* para trás, buscando novas alternativas mais custo-efetivas para todos os envolvidos.

A proposta, aplicada ao serviço público de saúde oferece oportunidades para o Ministério da Saúde controlar os custos de suas unidades por porte, por meio da aplicação de protocolos e unificar o padrão de atendimento nas unidades. E no setor privado, os planos de saúde poderiam melhor gerenciar o faturamento ressarcido aos hospitais, bem como controlar a qualidade do atendimento com aplicações de padrões a serem atingidos, por meio dos pacotes.

O estudo defendido apresenta potencialidades, mas também pontos de melhoria. Destaca-se que, apesar de ter realizado o estudo de custos e elaboração de protocolos, não houve tempo hábil para aplicar o modelo de pacote de serviços na instituição, o que permitiria aperfeiçoar ainda mais os indicadores dos pacotes. Somente foram realizados testes em um protótipo, que permitiu classificar a paciente, conforme seu grau de risco gestacional, mas que requer aperfeiçoamentos para se tornar um sistema a ser implementado nos hospitais. Sugere-se que estudos futuros contemple essas etapas de implementação e avaliação concreta da proposta.

Ressalta-se, ainda assim, que esse estudo pode ser ampliado para os demais serviços de uma instituição de saúde e servir de inspiração para que outros estudiosos e gestores aplicarem em suas instituições.

9 REFERÊNCIAS

1. Abramge,Sinamge. Sinog. Passando a régua. Visão Saúde. Ano II. Jan/Fev/Mar2017; nº03: 18-23.

2. Porter, M. E, Kaplan. R.S. Como pagar pelos serviços de saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/como-pagar-pelos-servicos-de-saude/

3. Porter, M. Kaplan. R.S. Como resolver a crise de custos na saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2013.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/como-resolver-a-crise-de-custos-na-saude/.

4. Bichuetti, JL, Ali Mere Jr. Y. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016. Ago. [acesso em 25/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

6. Koike B. Oswaldo Cruz pratica preço fixo em novo hospital. Valor Econômico 2017. Julho de 2017. Acesso em 15/07/2017. Disponível em http://www1.valor.com.br/empresas/5038236/oswaldo-cruz-pratica-preco-fixo-em-novo-hospital

7. Pearl. R. *Disruptive Solutions For U.S. Healthcare*: CareMore, Forward, Health City. Acesso em 15/11/2017. Disponível em https://www.forbes.com/sites/robertpearl/2017/11/14/disruptive-solutions-healthcare/#5ec03c2c2364.

8. Abramge.Sinamge.Sinog. Cenário da Saúde. Ano II. Nº04. Dezembro de 2015[acesso em 22/08/2017]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed4.pdf.

9. Abramge. Sinamge. Sinog. Cenário da Saúde. Ano II. Nº07. Janeiro de 2017. [acesso em 22/08/2017]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed7.pdf.

10. Varella, D. A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil/ Drauzio Varella e Mauricio Ceschin – 1º Ed. São Paulo: Paralela, 2014.

11. Lee.T.H, Porter M. A estratégia que irá corrigir os serviços de saúde**.** Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2013.Out. [acesso em 17/10/2017]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/a-estrategia-que-ira-corrigir-os-servicos-de-saude/

12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação Econômica em Saúde: desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde / Secretaria Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID). Macroeconomia / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

14. Alonso, M. Custos no serviço público. Revista do serviço público, Brasília, ano 50, n. 1, p. 37-63, jan./mar. 1999.

15. _____. Ministério da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

16. Camargos, M. A.; Gonçalves, M. A.. Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: um Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15., 2004, Florianópolis. anais..., 2004. Páginas 97-118.

17. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG. Nota Técnica Conjunta. Atenção à Saúde da Gestante: Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Maio de 2013 [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf.

18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012

19. _____. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo Conitec – Relatório de Recomendação [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

20. Vergel. YB, SCULPHER. MJ. Quality-adjusted life years. Pract Neurol 2008; 8: 175–182.

21. Ferreira. L.N.E Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOLUME TEMÁTICO: 3, 2003: 51-63.

22. Phillips.C, THOMPSON.G. What is a QALY? London:Hayward Medical Communications, May 2001.

23. Wachter. Robert M. Compreendendo a Segurança do Paciente/Robert M. Wachter; [tradução: Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos]. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

24. Bertó. D. J.; Beulke. R. Gestão de Custos e Resultados na Saúde: hospitais, cínicas laboratórios e congêneres.5ª ed., São Paulo.Editora Saraiva, 2012.

25. Chiavegatto FILHO. A.D.P. O uso de Big Data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo. Epidemiol. Serv.Saúde. Brasília, (24)2:325-332-abr-jun2015.

26. CAPES. Mestrado Profissional: o que é? Novembro de 2017. [acesso em 15/12/2017]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/avaliacao/sobre-a-avaliacao/mestrado-profissional-o-que-e.

27. DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES/DF nº. 288 de 25/10/2013. DODF n. 225, página 07 de 29/10/2013.

28. _____. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal Portaria SES/DF nº. 79 de 29/12/2015 e a Portaria SES/DF nº 74 de 29/04/2015. DODF n. 83, página 19 de 30/04/2015.

29. Bailey. D.J. Por si só, a assistência à saúde baseada em valor não reduz gastos ou melhora resultados. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2017.Ago [acesso em 20/12/2017]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/assistencia-saude-baseada-em-valor-nao-reduz-gastos-ou-melhora-resultados/.

30. Alcoforado Neto, Manoel Guedes. Metodologia de design mediada por protótipos. 2014. 485 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/110873>.

APÊNDICE 1

Introdução

O protótipo de faturamento hospitalar proposto foi desenvolvido por meio da ferramenta *on-line Google Forms* para confecção de formulários, que permitiu separar os pacotes de serviço em três tipos (risco habitual, alto risco ou risco extremo), conforme o estado de saúde apresentado pela paciente. São feitas 153 perguntas sobre as condições de saúde da gestante e mais duas complementares, totalizando 155 perguntas. A partir desse protótipo, pode ser desenvolvido um sistema que antecipe o valor de quanto vai custar o total dos cuidados com a gestante, dentro do perfil apresentado por ela. Esse mesmo protótipo dar condições para, conforme o grau de risco apresentado pela paciente, organizar a estrutura de atenção a paciente antes mesmo dela precisar. Para elaborar esse modelo de protótipo, foi necessário fazer análise de levantamento de custos hospitalares(1) (avaliação econômica em saúde) e montagem de protocolos para se desenvolver um protótipo de faturamento hospitalar por pacote de serviços, conforme a metodologia desenvolvida por Porter e Kaplan(2) .

Alcoforado Neto(3) defende o protótipo como como uma versão final do projeto ou produto que está sendo desenvolvido:

> em escala e materiais reais, segundo Baxter (1998, p. 243) "[...] no sentido mais lato, poderíamos nos referir a qualquer tipo de representação física construída com o objetivo de realizar os testes físicos". Podemos ainda comungar com a visão ampliada do protótipo como: "uma aproximação do produto, do sistema ou de seus componentes de alguma forma para o claro propósito de implementação" (Kai, Fai e Chu-sing, 2003).

No referido estudo, ao adentrar uma unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo nos cuidados ao paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. A preocupação com a qualidade do atendimento será maior, pois o faturamento ocorrerá para aquele pacote definido.

Diante disso, entendemos que o referido protótipo dará uma visão melhor de como será feita a classificação da paciente, conforme seu grau de risco gestacional e será uma ferramenta para fazer um melhor planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida, qualificando ainda mais esse atendimento.

Desenvolvimento

O questionário utilizado teve como base três indicadores: as indicações de saúde das gestantes elaboradas pelo do Ministério da Saúde[4] e Conite[5] c; indicadores QALY[6,7,8] e Indicadores de Segurança do Paciente[9] .

O formulário pode ser acessado pelo link: (https://docs.google.com/forms/u/0/d/1PrfeSUfqN1_Sujyd70EWC9lwyUND5Ce-zczazF6xj7U/edit?usp=forms_home&ths=true).

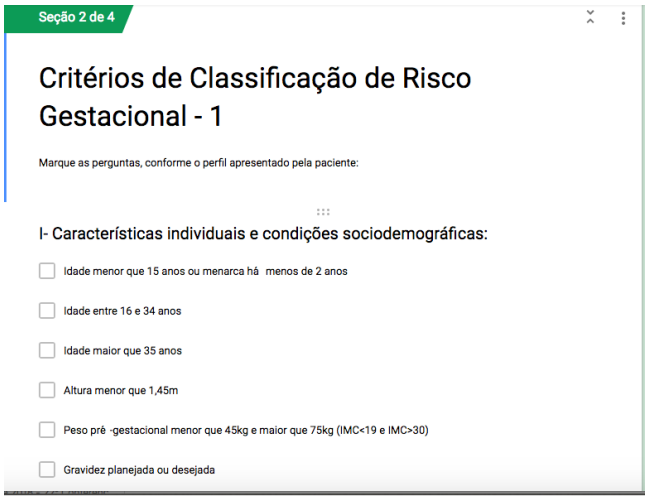
Abaixo segue algumas telas do Protótipo de tabela de faturamento, para subsidiar a criação de um sistema mais moderno e eficiente para se faturar serviços de saúde, bem como de permitir um maior planejamento com enfoque na qualidade do atendimento.

Classificação de Risco Gestacional tipo 1: Foram realizadas 20 perguntas, divididas em 3 blocos. Enquadra-se nesse pacote as gestantes que **não apresentarem** alguma das condições clínicas essenciais relacionadas aos pacotes de alto risco e risco extremo. Isso significa que elas só serão enquadradas nas condições clínicas que caracterizam o risco habitual.

Fatores como I- Características individuais e condições sociodemográficas, II- Fatores relacionados à gravidez atual e III- Indicador QALY são analisados nos critérios de Risco Gestacional 1.

Figura 2: Tela inicial do Protótipo Faturamento Hospitalar – Serviço de Parto

Figura 3: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 1



Classificação de Risco Gestacional tipo 2: Foram realizadas 94 perguntas, divididas em 10 blocos. Enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar condições clínicas em pelo menos uma das seguintes áreas: Cardiovascular, Respiratório, Hematológica, Endócrina, Infecciosa, Imune, Renal, Neurológica, Gastrointestinal, Psiquiátrica, Complicações Prévias ou problemas na gravidez atual.

Fatores como I- Características individuais e condições sóciodemográficas desfavoráveis, II - História reprodutiva anterior, III-Condições clínicas preexistentes, IV - Doença obstétrica na gravidez atual, V- Intercorrências clínicas, VI - Fatores relacionados à gravidez atual, VII - Necessidade de uso de antibióticos, VIII - Necessidade de uso de sulfato de magnésio, IX- Indicadores de Alerta para Segurança da Paciente e X - Indicadores QALY são analisados nos critérios de Risco Gestacional- 2.

Figura 4: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 2

Classificação de Risco Gestacional tipo 3: Foram realizadas 39 perguntas, divididas em 3 blocos. Enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar pelo menos 1 (um) dos estágios informados no protótipo. Fatores como I- Fatores Relacionados à gravidez atual, II- Indicadores de Alerta para Segurança da Paciente e III - Indicadores QALY são analisados nos critérios de risco gestacional -3.

Figura 5: Tela do Protótipo – Critérios de Risco Gestacional 3

Conclusão

A medicina atual precisa acompanhar a velocidade das informações geradas por sistemas e aplicativos. Por meio desse protótipo foi possível classificar a gestante por meio de computador, *tablets* ou celulares, e, conforme o grau de risco gestacional apresentado, calcular o valor desse atendimento, além de fazer testes rápidos de classificação da gestante. De posse dessas informações, tanto os gestores da área de saúde teriam condições de prever os valores do tratamento da referida gestante, como a assistência clínica saberia que time de resposta rápida seria acionado para dar todas as condições da melhor assistência à saúde da gestante. Por meio dos testes realizados, de forma automática o resultado sai, gerando confiabilidade e rapidez as informações geradas.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

2. Porter, M. E, Kaplan. R.S. Como pagar pelos serviços de saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/como-pagar-pelos-servicos-de-saude/

3. Alcoforado Neto, Manoel Guedes. Metodologia de design mediada por protótipos. 2014. 485 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/110873>.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012

5. _____. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo Conitec – Relatório de Recomendação [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

6. Vergel. YB, SCULPHER. MJ. Quality-adjusted life years. Pract Neurol 2008; 8: 175–182.

7. Ferreira. L.N.E Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOLUME TEMÁTICO: 3, 2003: 51-63.

8. Phillips.C, THOMPSON.G. What is a QALY? London:Hayward Medical Communications, May 2001.

9. Wachter. Robert M. Compreendendo a Segurança do Paciente/Robert M. Wachter; [tradução: Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos]. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

Produção:

Mestranda: Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa
Orientadora: Prof. Dra. Alessandra da Rocha Arrais
Mestrado Profissional de Ciências para a Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – SES/DF

APÊNDICE 2

APE-2018-0014_Artigo Original apresentado à Revista Acta Paulista de Enfermagem.

Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*

Descritores

Custos hospitalares; Administração hospitalar; Faturamento; Parto; Saúde da mulher

Keywords

Hospital costs; Hospital administration; Billing; Delivery; Women's health

Resumo

Objetivo: Propor modelo alternativo ao faturamento hospitalar predominante atualmente: de pagamento por procedimento para pagamento por pacotes de serviço.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, documental, baseada em dados secundários, com abordagem quantitativa, realizado em três etapas: I-levantamento de custos hospitalares; II-escolhas dos protocolos de atendimento; III-elaboração de pacotes de serviço. Para isso, foi analisado o comportamento dos custos hospitalares do serviço de parto de um hospital materno infantil público nos anos de 2014 a 2016. Também foram considerados protocolos para formar pacotes de serviços, com base nas indicações de parto do Ministério da Saúde e Conitec, nos indicadores QALY e de segurança do paciente.

Resultados: Considerando o estado de saúde da paciente, foi possível montar 3(três) pacotes de serviços, classificados como pacotes 1, 2 e 3, sendo a gestante de risco habitual classificada como pacote 1 com um custo médio de R$9.652,63; a gestante de alto risco, classificada como pacote 2 apresentou um custo médio de R$ 18.557,99; e a gestante de risco extremo, classificada como tipo 3 apresentou um custo médio de R$ 41.386,49.

Conclusão: Ao entrar em um hospital, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto os provedores de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo para a paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. O caso pode ser replicado em qualquer instituição pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade.

Introdução

O faturamento *fee-for-service* rege 90% dos contratos entre planos de saúde e provedores de atendimento, como hospitais, clínicas, laboratórios e médicos.[1,2] Esse modelo foi criado nos Estados Unidos na década de 1930, como base de um emergente sistema privado de seguridade, caracterizado pela "conta aberta", isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência.[3]

Pelo modelo de faturamento *fee-for-service*, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Remunera-se a quantidade, não a qualidade; reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remuneradas.[4,5,6]

Portanto o que está se propondo é uma alternativa de pagamento ao modelo atual. Um faturamento por pacote de serviços, baseado em análise de custos e criação de protocolos padronizados. Esse estudo segue a metodologia desenvolvida por Porther e Kaplan, chamado *Bundled Service*,[4,5] ou pacotes de serviços. O primeiro passo para se propor melhorias nas tabelas de faturamento no estudo aqui realizado, foi conhecer os custos do hospital. A análise econômica de custos é ferramenta essencial para se alcançar esse objetivo.[4,5]

Bertó e Beulke[7] entendem que o pacote por serviços possibilita a padronização de atendimentos, permitindo que se estime o prazo de internação, quais medicações lhes serão aplicadas e a bateria de exames a qual serão submetidos. Além disso, a presença do prontuário eletrônico e, na sequência, a formatação de protocolos facilitam a tarefa de avaliação de custos por pacotes de serviços[7].

Para se levantar custos, ter sistema de dados e informações organizadas são fatores essenciais. De acordo com Conover,[8] comparado com outras indústrias, a assistência médica em saúde está inundada de dados: nós temos muito mais informações e transações, insumos, preços, e até mesmo os resultados para os cuidados de saúde do que outras áreas. E ainda assim, essa quantidade de dados é muitas vezes subutilizada, insuficiente para satisfazer os gestores, analistas políticos, ou críticos externos[8].

O estudo foi realizado em um hospital materno-infantil do Distrito Federal, referência na assistência à mulher e ao recém-nascido particularmente na gestação de alto risco, prematuridade extrema e malformações congênitas. Trata-se de um hospital público, habilitado para prestar os serviços de SADT, Ambulatorial e Hospitalar. Possui 330 leitos, sendo 173 leitos de Enfermaria, 45 leitos de Pronto Socorro, 112 leitos de UTI (10 UTI Materna, 20 UTI

Pediátrica e 82 leitos UTI Neonatal). Dados de produção fornecidas pelo Núcleo de Estatística do Hospital registraram que no ano de 2016 foram realizadas 74.815 consultas ambulatoriais, 17.251 internações e 3.975 partos. O Núcleo de Controle e Gestão de Custos do hospital foi implementado por meio da Portaria SES/DF nº. 288 de 25/10/2013 e a Portaria SES/DF nº 74 de 29/04/2015 em seu art. 2º designou a Subsecretaria de Planejamento da SES/DF como responsável pela implantação da gestão de custos no Distrito Federal.

As informações de custos foram fornecidas pelo Núcleo de Gestão de Custos do referido hospital. A base para se preparar toda a nova proposta de faturamento utilizou os dados dos anos de 2014 a 2016 e foi o arcabouço para se preparar propostas de pacotes de serviços. Portanto, o objetivo desse estudo é propor uma nova proposta de faturamento alternativo ao modelo *fee-for-service*: de pagamento por procedimento para pagamento por pacote de serviços, utilizando como exemplo o serviço de parto.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, documental, baseada em dados secundários, com abordagem quantitativa, realizado em três etapas: 1 - levantamento de custos hospitalares; 2 - seleção dos protocolos de atendimento; 3- elaboração de pacotes de serviço. Por ser a pesquisa baseada em dados secundários e por não envolver pesquisa com seres humanos ou análise de prontuários médicos, não houve necessidade de aprovação pelo CEP. Somente obteve-se a autorização dos gestores da área e da unidade.

Primeira etapa: Levantamento de Custos hospitalares: consistiu em levantar as despesas de todo o hospital e seus centros de custos. O levantamento e tratamento dos dados de custos considerou o método do custeio total por absorção, método esse aplicado pelo Ministério da Saúde para se calcular os custos envolvidos dos serviços e ações em saúde, com objetivo de fazer uso eficiente dos recursos. De acordo com a metodologia desenvolvida pelo Ministério da Saúde para o Programa Nacional de Gestão de Custos- PNGC,[9] o modelo de custeio escolhido – custeio por absorção - de forma simples e sucinta, é o mais utilizado pelas instituições de saúde, e proporcionam indicadores e informação de extrema importância para a gestão de seus custos. O sistema de custeio por absorção faz apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Esse método de Custeio controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades especificas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

Foram coletadas as despesas do hospital, mensalmente, por meio do controle de notas fiscais, relatórios de execução de contratos de executores, sistemas informatizados de pessoal e

de material, além de informações de contratos. A produção das áreas (o que produz cada centro de custo) foi pelo Núcleo de Estatística do hospital. O PNGC[9] separa as despesas em quatro grandes grupos, a saber:

- **Despesa de Pessoal[9]:** retirados do sistema informatizado de pessoal - itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isso é, salários e encargos, provisão de férias, 13º salário, horas extras, encargo patronal, etc, por centro de custos, sem rateios, portanto trata-se de custos diretos.
- **Despesa de Consumo[9]:** retirados do sistema informatizado de material – itens consumidos por centro de custos, classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc. mensalmente, sem rateios, portanto trata-se de custos diretos.
- **Despesa de serviços terceirizados[9]:** corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc. Necessário fazer rateios, por se tratar de custos indiretos.
- **Despesas Gerais[9]:** outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc. Necessário fazer rateios, por se tratar de custos indiretos.

Custo médio mensal Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016

Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custos Diretos				
Pessoal	R$17.678.191,03	R 18.257.335,57	R$18.185.669,95	R$18.040.398,85
Material de Consumo	R$ 1.967.692,60	R$ 1.293.758,34	R$ 1.129.771,60	R$ 1.463.740,85
Custos Indiretos				
Serviços de Terceiros	R$ 2.702.103,83	R$ 2.665.402,81	R$ 2.830.178,29	R$ 2.732.561,64
Despesas Gerais	R$ 252.819,86	R$ 306.235,09	R$ 343.188,56	R$ 300.747,84

Total Geral	**R$22.600.807,32**	**R$22.522.731,81**	**R$22.488.808,39**	**R$22.537.449,17**

Considerando os quatro grandes grupos de custos, foi possível chegar ao custo médio total do Hospital Materno Infantil, referente aos anos de 2014 a 2016, que podem ser visualizados na tabela a seguir (Tabela 1):

Tabela 9: Custo Médio Mensal do Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

Importante destacar que 80% do custo total do hospital público é com Pessoal, já acrescido de todos os encargos, 6% de Material de Consumo, 13% de Serviços Terceirizados e 1% de Despesas Gerais. Após o levantamento das despesas totais do hospital foi possível calcular quanto custa o produto gerado por cada centro de custo: o valor de custo da consulta, o valor da diária da internação na enfermaria, a diária de internação na UTI, etc. Dessa forma, a partir do cálculo dos custos dos centros de custos, chegou-se ao custo do Centro Obstétrico, local onde se aplica o serviço de parto. O hospital estudado tem um custo médio mensal aproximado de **R$ 22,5 milhões** e o centro de custo do Centro Obstétrico total representa aproximadamente 12% desse valor total. (Tabela 2).

Tabela 10: Custo do Centro Obstétrico do Hospital- nos anos 2014 a 2016

Custo médio mensal do Centro Obstétrico Hospital- – 2014 a 2016				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
1- Pessoal	R$1.471.661,88	R$1.764.916,52	R$1.627.355,17	R$1.621.311,19
2-Material de Consumo	R$ 70.263,83	R$ 48.519,86	R$ 51.254,50	R$ 56.679,40
3-Serviços de Terceiros	R$ 184.878,76	R$ 167.949,62	R$ 177.484,20	R$ 176.770,86
4-Despesas Gerais	R$ 21.677,58	R$ 21.955,44	R$ 24.651,24	R$ 22.761,42
Total Custo Diretos= (1+2)	R$1.541.925,71	R$1.813.436,38	R$1.678.609,67	R$1.677.990,59
Total Custos Indiretos = (3+4)	R$ 206.556,34	R$ 189.905,06	R$ 202.135,44	R$ 199.532,28
Rateios Recebidos	R$1.254.157,88	R$ 886.902,33	R$ 907.125,74	R$1.016.061,98

Custo Total (Custos Diretos + Indiretos+ Rateios)	**R$3.002.639,92**	**R$2.890.243,78**	**R$2.787.870,84**	**R$2.893.584,85**
Produção – Quantidade de Partos	441	320	331	364
Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Parto Cirúrgico (cirurgia porte 2)	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	**R$ 10.995,15**

Fonte: Apurasus/MS.

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

O custo de um parto normal de risco habitual no referido hospital analisado está em média de R$ 8.113,77. O valor do parto cirúrgico corresponde ao valor do parto, acrescido do porte 2 de uma cirurgia no referido hospital (acrescentado das despesas cirúrgicas), que é de **R$ 2.881,38**. Dessa forma, caso a gestante precise fazer um parto cirúrgico, o custo médio por parto cirúrgico será de **R$ 10.995,15**. É importante destacar que, no campo da produção, quanto mais se produz, menor é o custo do produto e vice-versa. A partir desses valores se elaborou pacotes de serviços, considerando os protocolos envolvidos.

Segunda etapa – seleção dos Protocolos de atendimento: consistiu em escolher protocolos a serem seguidos no serviço de parto. O caminho da paciente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo. De acordo com Nota Técnica feita pelo Governo de Minas Gerais e pela Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais- SOGIMIG[10], a estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Segundo o Ministério da Saúde[11], a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que

as da média da população considerada. A partir de alguns fatores, pode-se prever se a paciente será classificada como de Risco Habitual ou de Alto Risco[11]. Quanto à prevalência, estima-se que 85% das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde[11] apresenta os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, bem como situações que podem ocorrer durante a gravidez – início ao final, conforme o grau de risco, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC[12]. A referida Comissão tem como atribuição, dentre outras, constituir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas[12]. O Protocolo de Diretrizes de Atenção à Gestante foi elaborado por um grupo multidisciplinar, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anestesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela CONITEC e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) do Ministério da Saúde. Visou orientar os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis[12].

Dessa forma, o primeiro protocolo escolhido foi o de marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, bem como situações que podem ocorrer durante a gravidez – início ao final, conforme classificação feita pelo Ministério da Saúde e da Conitec:

- Existência de Pré-Natal
- Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis/desfavoráveis
- História reprodutiva anterior
- Pré-natal adequado para identificação do risco obstétrico
- Consultas realizadas de acordo com o cronograma
- Condições clínicas preexistentes
- Doença obstétrica na gravidez atual
- Intercorrências Clínicas
- Fatores relacionados à gravidez atual.

A escolha do segundo protocolo levou em consideração os indicadores – QALY - *quality-adjusted life-year*. De acordo com Vergel e Sculpher[13] países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Países Baixos e países escandinavos fazem análises além do custo-benefício. A metodologia utilizada por eles é o custo- utilidade, pela qual se mensura o desfecho em saúde usando o indicador QALY - *quality-adjusted life-year*[13].

Por esse método se analisam os custos estimados do investimento em saúde, comparado com os meios que está se utilizando atualmente e se vale a pena fazer esse investimento ou não. Tal metodologia foi desenvolvida de acordo com Ferreira[14] na década de 70, como uma forma de analisar os ganhos em saúde e suas alterações tanto em qualidade de vida ganhos, como em tempos de vida ganhos (mortalidade). O *QALY* (*"Quality-Adjusted Life Years"* ou Anos de Vida Qualitativamente Ajustados) é um indicador de como evoluiu um estado de saúde de uma pessoa, analisando 5 dimensões, em 3 níveis, segundo Phillips e Thompson[15] conforme abaixo:

- Mobilidade
- Dor/desconforto
- Cuidados Pessoais
- Ansiedade/depressão
- Atividades habituais (trabalhar, estudar, tarefas domésticas, lazer e atividades).

Um ano de perfeita saúde para o QALY gera o indicador 1. A morte é considerada equivalente ao indicador 0. Contudo, de acordo com Phillips e Thompson[15] alguns estados de saúde podem ser considerados piores que a morte, logo é considerado indicador negativo (-1).

Quando associado com Custos, esse indicador permite analisar não só a qualidade e efetividade de uma intervenção, comparada com outra, como também os custos da intervenção – se alto ou baixo, por *QALY*. Ou seja, o *QALY* tem com base dois componentes – quantidade e qualidade de vida.([13,14,15])

Ainda dentro da segunda etapa de protocolos, considerou-se os indicadores e possíveis gatilhos indicados pela Segurança do Paciente. Em 1999 foi publicado um relatório intitulado *To Err is Human*: *Building a Safer Health System*, onde foi apresentado ao mundo os principais erros associados aos cuidados em saúde. Para Wachter[16], os eventos adversos em saúde se dividem em evitáveis e não evitáveis. Watcher[16] cita que a definição do termo foi feita pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* onde definiram "lesão corporal não intencional resultante de ou promovida por cuidados médicos (incluindo a ausência de tratamento médico indicado), que exige um acompanhamento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em óbitos".

Com base no mesmo estudo feito pelo Institute for Healthcare Improvement-IHI foram definidos possíveis gatilhos que possam sugerir desfecho gerados por eventos adversos, conforme abaixo[16]:

Módulo de Gatilhos na Assistência
Módulo de Gatilhos de Medicamentos
Módulo de Gatilhos Cirúrgicos
Módulo de Gatilhos em Cuidados Intensivos
Módulo de Gatilhos Perinatais
Módulo de Gatilhos na Emergência

Segundo Watcher[16] o maior impacto dos erros associados aos cuidados em saúde e dos eventos adversos recai sobre os pacientes e seus entes queridos. Para Watcher[16], no sistema *fee-for-service* parte do problema é que provedores de cuidado e instituições são geralmente compensados pelo cuidado inseguro, proporcionando pouco incentivo financeiro para fazer investimentos necessários para sistemas mais seguros.

Terceira etapa – elaboração dos pacotes de serviço: para se chegar ao valor dos pacotes, considerou-se primeiramente as condições clínicas que se encontra a gestante (fatores de risco). Posteriormente se calculou o valor do parto (seja ele normal ou cirúrgico) mais o custo da internação da mesma, seja na enfermaria, setor de alto risco e/ou UTI. Considerou-se nessa análise o tempo médio de internação em cada setor, baseado no tempo médio de internação fornecido pelo Núcleo de Estatística do hospital.

A síntese do cálculo do pacote pode ser visualizada na equação abaixo:

Custo do parto + Custo da Internação = Custo Total do pacote

Importante destacar que todos as demais despesas envolvidas (atendimento ambulatorial, exames, alimentação, materiais médico-hospitalares etc), já estão incluídos nas despesas abaixo envolvidas, seja diretamente ou indiretamente. Com informações do perfil da paciente e dados de custos, conforme o tipo de parto a ser realizado, será possível formar os pacotes. Importante destacar que a instituição pode ter um perfil pré-definido da paciente, caso ela faça o acompanhamento pré-natal na mesma instituição que irá realizar o parto e tenha os dados cadastrados em prontuário eletrônico. Isso já facilitaria a classificação da mesma.

Resultados

Segue abaixo um perfil aproximado das pacientes classificadas conforme grau de risco apresentado, indicador *QALY* e segurança do paciente.[(11-16)] Importante destacar que os fatores de riscos definidos são amplos. Aqui apresentamos uma versão resumida (Quadro 1).

Pacote 1 – Risco Habitual: enquadra-se nesse pacote as gestantes que **não** apresentarem alguma das condições clínicas essenciais relacionadas aos pacotes de alto risco e risco extremo, isso significa que elas só serão enquadradas nas condições clínicas que caracterizam o risco habitual.

Quadro 1. Pacote 1 – Pacote Custo de risco habitual

Fatores de Risco – Paciente de Risco Habitual – Pacote 1
Idade entre 16 e 34 anos
Gravidez planejada ou desejada
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ ou na atual
Início de Pré-Natal até a 12º semana de gestação
Ter realizado os exames preconizados no atendimento pré-natal:
Até 28ª semana –mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana–quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana –semanalmente
Intervalo entre as consultas: o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro
Cuidados com a saúde bucal
Nenhum problema para caminhar
Pouca dor ou desconforto
Nenhum problema com cuidados pessoais
Baixa ansiedade ou depressão
Poucos problemas na realização de atividades costumeiras

O caminho da paciente de risco habitual pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

b) **Custo da gestante de risco habitual com parto normal:** nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto normal, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada na unidade Alcon- Alojamento Conjunto, enfermaria onde a mãe e o filho se recuperam do trabalho de parto realizado.(Tabela 3).

Tabela 3. Custo da gestante de risco habitual – parto normal

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto normal				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Internação Enfermaria	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio total parto normal de risco habitual	R$ 7.740,76	R$ 11.142,34	R$ 10.074,79	**R$ 9.652,63**

Dessa forma, o custo médio total do parto normal mais a internação será de **R$ 9.652,63** (nove mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e sessenta e três centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

c) **Custo da gestante de risco habitual com parto cirúrgico:** nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. (Tabela 4).

Tabela 4. Custo da gestante de risco habitual – parto cirúrgico

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto cirúrgico				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo Médio Internação Enfermaria	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de risco habitual	R$ 10.622,14	R$ 14.023,72	R$ 12.956,17	**R$ 12.534,01**

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico mais a internação será de **R$12.534,01** (doze mil, quinhentos e trinta e quatro reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

Pacote 2 – Alto Risco: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar condições clínicas em pelo menos uma das seguintes áreas: Cardiovascular, Respiratório, Hematológica, Endócrina, Infecciosa, Imune, Renal, Neurológica, Gastrointestinal, Psiquiátrica, Complicações Prévias ou problemas na gravidez atual (Quadro 2).[11-16]

Quadro 2. Pacote 2 – Pacientes de alto risco

Fatores de Risco – Alto Risco – Pacote 2
Idade maior que 35 anos
Nuliparidade e grande multiparidade
Apresentação Pélvica
Gestação múltipla
Alguns problemas para caminhar

Apresenta moderada dor ou desconforto
Algum problema para tomar banho ou se vestir sozinho
Moderada ansiedade ou depressão
Alguns problemas para realizar as atividades costumeiras
Consulta com especialista
Tempo na emergência maior que 6 Horas
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Parto pré-termo anterior
Esterilidade/infertilidade
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)
Cardiopatias
Alterações genéticas maternas
Hanseníase
Tuberculose
Desnutrição materna severa
Ausência de Controle de Pré-Natal
Abortamento habitual
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
Gemelaridade
Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite
Teste positivo para *Clostridium difficile* em Amostra de Fezes
Morte perinatal explicada e inexplicada
Diabetes gestacional
Hipertensão arterial
Pneumopatias
Nefropatias
Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
Hemopatias
Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.)

Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma)
Neoplasias
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Amniorrexe prematura
Hemorragias da gestação
Insuficiência istmo-cervical
Aloimunização
Óbito fetal
Polidrâmnio ou oligoidrâmnio (qtdade líquido amniótico)
Malformações fetais ou arritmia fetal
Placenta Prévia Centro total ou centro parcial
Acretismo placentário - gestante com cesariana prévia
Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual
Queda de Paciente
Diagnóstico de Pneumonia

O caminho da paciente de alto risco pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

Paciente de alto risco com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto normal, além do custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco fica, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. (Tabela 5).

Tabela 5. Custo da gestante de alto risco – parto normal

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco- parto normal				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98

Custo Médio Parto Normal	R$6.808,71	R$ 9.032,01	R$ 8.500,59	R$ 8.113,77
Custo Médio Internação Enfermaria	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	R$ 12.322,26	R$ 16.112,69	R$ 18.594,89	**R$ 15.676,61**

Dessa forma, o custo médio total do parto normal de alto risco mais a internação será de **R$15.676,01** (quinze mil, seiscentos e setenta e seis reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

b) **Paciente de alto risco com parto cirúrgico:** nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto cirúrgico, além do custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada na unidade no Alojamento Conjunto – enfermaria. (Tabela 6).

Tabela 6. Custo da gestante de alto risco – parto cirúrgico

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco – parto cirúrgico				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo Médio Internação enfermaria	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	R$15.203,64	R$18.994,07	R$21.476,27	**R$18.557,99**

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico - de alto risco mais a internação será de **R$18.557,99** (dezoito mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e noventa e nove centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

Pacote 3 – Risco Extremo: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar pelo menos **1 (um)** dos estágios informados abaixo (Quadro 3). [11-16]

Quadro 3. Pacote 3 – Pacientes de risco extremo

Fatores de Risco – Risco Extremo – Pacote 3
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
Evidência laboratorial de proteinúria
Confinado na cama
Extrema dor ou desconforto
Incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho
Extremamente ansioso ou depressivo
Incapaz de realizar atividades costumeiras
Transfusão de Sangue ou uso de Hemocomponentes
Acionamento de Código (azul, vermelho, amarelo,etc), Parada Cardíaca ou Respiratória, ou Acionamento do time de resposta rápida
Diálise Aguda
Radiografia ou Ultrassonografia com doppler para avaliar embolismo ou Trombose Venosa Profunda
Diminuição na Hemoglobina ou no Hematrócito de 25% ou maior
Infecção relacionada à Assistência a Saúde
Glicemia Menor que 50 mg/dL
Elevação na Uréia ou na Creatinina Sérica Duas Vezes (2x) o Valor Basal
Administração de Vitamina K
Reabordagem Cirúgica
Admissão em Unidade de Terapia Intensiva no Pós-Operatório
Intubação ou Reintubação ou uso de BiPAP na Recuperação Pós Anestésica
Elevação no Nível de Troponina Maior que 1,5 Nanograma/mL no Pós-Operatório
Ocorrência de Qualquer Complicação Operatória
Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva
Intubação/ Reintubação
Uso de Terbultalina
Laceração de 3º ou 4º Grau
Contagem de Plaquetas Menor que 50.000
Administração de Anestesia Geral
Readmissão na Emergência em 48 Horas após a alta

O caminho da paciente de risco extremo pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) **Paciente de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI:** nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação da UTI Materna

e o retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com estudos da estatística do hospital, as gestantes de risco extremo ficam em torno de 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais a recuperação no Alcon, de, em média 2 (cinco) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. (Tabela 7).

Tabela 7. Custo da gestante de risco extremo I

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15
Custo médio UTI Materna	5x (5.098,33) = R$ 25.491,65	5x (6.454,33) = R$ 32.271,65	5x (5.758,83) = R$ 28.794,15	5x (5.770,50) = R$ 28.852,48
Custo Médio Internação enfermaria (mãe)	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de risco extremo	R$ 36.113,79	R$ 46.295,37	R$ 41.750,32	**R$ 41.386,49**

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de R$ **41.386,49** (quarenta e um mil, trezentos e oitenta e seis reais e quarenta e nove centavos.) A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

b) **Paciente de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI:** nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, para casos em que a paciente já estava internada no hospital aguardando seu parto, o custo do parto cirúrgico, além da internação na UTI para estabilização, mais o custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria para recuperação. (Tabela 8).

Tabela 8. Custo da gestante de risco extremo II

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo				
Item de custo	**Valor médio mensal 2014**	**Valor médio mensal 2015**	**Valor médio mensal 2016**	**Média mensal**
Custo internação Alto Risco	5 x (916,30) = R$ 4.581,50	5 x (994,07) = R$ 4.970,35	5x (1.704,02) = R$ 8.520,10	5x (1.204,80) = R$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R$ 9.690,09	R$ 11.913,39	R$ 11.381,97	R$ 10.995,15

Custo médio UTI Materna	5x (5.098,33) = R$ 25.491,65	5x (6.454,33) = R$ 32.271,65	5x (5.758,83) = R$ 28.794,15	5x (5.770,50) = R$ 28.852,48
Custo Médio Internação enfermaria.	2x (466,03) = R$ 932,05	2x (1055,17) = R$ 2.110,33	2x (787,10) = R$ 1.574,20	= 2x (769,43) = R$ 1.538,86
Custo médio parto de alto risco	R$40.695,29	R$51.265,72	R$51.270,42	**R$ 47.743,81**

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R$ 47.743,81** (quarenta e sete mil, setecentos e quarenta e três reais e oitenta e um centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 12 dias no hospital.

Após a classificação da paciente em um dos pacotes acima, será possível informar previamente para a paciente, provedores de planos de saúde e demais interessados, o valor previsto para se fazer o parto, independente de acontecer mais alguma complicação, dentro dos prazos médios estabelecidos. Caso aconteça outras intercorrências que ultrapassem o pacote previsto para a paciente, os provedores de saúde serão previamente informados da mudança.

DISCUSSÃO

Por mais que pareça ousado propor uma nova tabela de faturamento hospitalar, entende-se que esse assunto é pauta premente e precisa ser estudado em todas as suas nuances. A busca pela transparência na área da saúde não permite mais esconder os reais custos atrás de uma tabela por procedimento. O modelo *fee-for service* precisa ser revisado. Novas propostas precisam ser colocadas à disposição de todos os *stakeholders* da área de saúde. Os custos aqui apresentados são reais e podem trazer luz para todos aqueles que tem dúvidas sobre esse assunto. Independentemente de ter sido feito aplicado a um único serviço, as mesmas técnicas podem ser replicadas em outras unidades de saúde.

No referido estudo, ao entrar na unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo na assistência ao paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. A preocupação com a qualidade do atendimento será maior, pois o faturamento ocorrerá para aquele pacote definido. Situações extras provocados por falhas na segurança do paciente, por exemplo, não serão recompensadas[2]. O caso foi aplicado ao serviço de parto de um hospital público, mas pode ser replicado em qualquer instituição, seja pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores

de qualidade da unidade. Cabe ressaltar que o *case* apresentado não leva o lucro em consideração. Tem-se apenas os dados de custos. Caso seja aplicado por planos de saúde ou hospitais particulares, deve-se sempre levar em consideração as peculiaridades de cada instituição. Os valores variam para maior ou menor, conforme seja feita a gestão dos recursos.

Outra informação relevante a ser considerada é que no estudo aqui apresentado, não estão incluídos os cuidados com o bebê. Apenas com a mãe. Dessa maneira, há a necessidade de se complementar esses estudos com os custos do binômio – mãe e filho e ver o real impacto, caso seja estabelecido pacote de serviços. Como são centro de custos diferentes, entendemos a necessidade de se criar pacotes separados para cada um.

Importante reforçar que a mesma metodologia aplicada nesse estudo pode ser aplicada a outras instituições, mas, considerando dados e indicadores específicos da instituição e principalmente seus custos hospitalares. Protocolos padronizados são essenciais para diminuir custos e aumentar a qualidade do atendimento para o paciente. Isso garante uniformidade de ações e diminuição de desperdícios. Atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental.

Contudo, é necessário reconhecer que o modelo de faturamento proposto tem provocado controvérsias na literatura da área. Bichuetti e Ali Mere[6] entendem que alterar simplesmente o modelo de remuneração sem a conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial é buscar solução de curto prazo que arrastaria para o futuro as mesmas mazelas do sistema atual.

Bailey[17] também reforça que por sí só a assistência à saúde baseada em valor, como o modelo do *Bundled Service* não reduz gastos ou melhora resultados. Para o autor, a transição para essa abordagem implica infraestrutura adicional, custos com treinamento e a complexidade de prestar assistência à saúde em um ambiente que combina o *fee-for-service* com a remuneração baseada em valor. Além disso, para cumprir a promessa de melhorar a saúde e reduzir gastos, Bailey entende que essa metodologia precisa ser aprimorada por meio de uma abordagem estruturada voltada à eliminação de desperdício e implementada em conjunto com amplos esforços para lidar com fatores que ultrapassam os limites tradicionais da assistência à saúde[17].

CONCLUSÃO

Foi possível se chegar a uma nova tabela de faturamento, associando custos hospitalares e protocolos específicos de atendimento para se formar pacotes de serviço. Com isso, além de um maior controle dos custos envolvidos nos tratamentos, essa mesma classificação poderá

servir para fazer um planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida, com enfoque na qualidade do atendimento.

Ademais, essa proposta aplicada ao serviço público de saúde, oferece oportunidades para o Ministério da Saúde controlar melhor os custos de suas unidades por porte, por meio da aplicação de protocolos e unificar o padrão de atendimento nas unidades. E no setor privado, os planos de saúde poderiam melhor gerenciar o faturamento ressarcido aos hospitais, bem como controlar a qualidade do atendimento com aplicações de padrões a serem atingidos, por meio dos pacotes.

O estudo defendido apresenta potencialidades, mas também pontos de melhoria. Destaca-se que, apesar de ter realizado o estudo de custos e elaboração de protocolos, não houve tempo hábil para aplicar o modelo de pacote de serviços na instituição, o que permitiria aperfeiçoar ainda mais os indicadores dos pacotes. Somente foram realizados testes em um protótipo, que permitiu classificar a paciente, conforme seu grau de risco gestacional, mas que requer aperfeiçoamentos para se tornar um sistema a ser implementado nos hospitais.

Posto isso, acreditamos que esse novo modelo demanda estudos complementares e sugere-se que estudos futuros contemplem essas etapas de implementação e avaliação concreta da proposta. Mas, defendemos a sua viabilidade e implementação como uma alternativa real ao faturamento hoje existente.

Ressalta-se, ainda assim, que esse estudo pode ser ampliado para os demais serviços de uma instituição de saúde e servir de inspiração para que outros estudiosos e gestores aplicarem em suas instituições.

REFERÊNCIAS

1. Abramge,S. Cenário da Saúde. Ano II. Nº04. Dezembro de 2015[acesso em 22/08/2017]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed4.pdf.

2. Abramge,S. Cenário da Saúde. Ano II. Nº07. Janeiro de 2017. [acesso em 22/08/2017]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed7.pdf.

3. Abramge,S. Passando a régua. Visão Saúde. Ano II. Jan/Fev/Mar2017; nº03: 18-23.

4. Porter, M. E, Kaplan. R.S. Como pagar pelos serviços de saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/como-pagar-pelos-servicos-de-saude/

5. Porter, M. E, Kaplan. R.S. Como resolver a crise de custos na saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2013.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/como-resolver-a-crise-de-custos-na-saude/.

6. Bichuetti. JL, ALI MERE JR. Y. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016. Ago. [acesso em 25/10/2016]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/.

7. BERTÓ. D. J.; BEULKE. R. Gestão de Custos e Resultados na Saúde: hospitais, clínicas laboratórios e congêneres.5ª ed., São Paulo.Editora Saraiva, 2012

8. Conover, Christopher J. *American Health Economy Illustraded*. 1. Ed, Washington D.C. AEI PRESS, 2012.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

10. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG. Nota Técnica Conjunta. Atenção à Saúde da Gestante: Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Maio de 2013 [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

12. _____. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo Conitec – Relatório de Recomendação [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

13. Vergel. YB, SCULPHER. MJ. Quality-adjusted life years. Pract Neurol 2008; 8: 175–182.
14. FERREIRA. L.N.E Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOLUME TEMÁTICO: 3, 2003: 51-63.

15. Phillips.C, THOMPSON.G. What is a QALY? London:Hayward Medical Communications, May 2001.

16. Wachter. ROBERT M. Compreendendo a Segurança do Paciente/Robert M. Wachter; [tradução: Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos]. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

17. Bailey. D.J. Por si só, a assistência à saúde baseada em valor não reduz gastos ou melhora resultados. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2017.Ago [acesso em 20/12/2017]. Disponível em http://hbrbr.uol.com.br/assistencia-saude-baseada-em-valor-nao-reduz-gastos-ou-melhora-resultados/.

18. DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES/DF nº. 288 de 25/10/2013. DODF n. 225, página 07 de 29/10/2013.
19. _____. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal Portaria SES/DF nº. 79 de
29/12/2015 e a Portaria SES/DF nº 74 de 29/04/2015. DODF n. 83, página 19 de 30/04/2015.

ANEXOS

Anexo 1

Acta Paulista de Enfermagem

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to	Acta Paulista de Enfermagem
Manuscript ID	APE-2018-0014
Title	Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*
Authors	COSTA, ELENILDE ARRAIS, ALESSANDRA
Date Submitted	30-Jan-2018

ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*

Journal:	*Acta Paulista de Enfermagem*
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Custos Hospitalares, Administração Hospitalar, Faturamento, Parto, Saúde da Mulher