PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE NEGÓCIOS
FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO - FIA

SILVIO FAVERO NETO

O FUTURO DO MODELO DE NEGÓCIO NO MERCADO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO BRASIL EM 2030 SOB O ÂMBITO DE MÉTODOS DE REEMBOLSO

SÃO PAULO
2018

SILVIO FAVERO NETO

O FUTURO DO MODELO DE NEGÓCIO NO MERCADO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO BRASIL EM 2030 SOB O ÂMBITO DE MÉTODOS DE REEMBOLSO.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Negócios, mantida pela Fundação Instituto de Administração, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Negócios, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Bruno.

SÃO PAULO
2018

SILVIO FAVERO NETO

O FUTURO DO MODELO DE NEGÓCIO NO MERCADO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO BRASIL EM 2030 SOB O ÂMBITO DE MÉTODOS DE RFEMBOLSO.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Negócios, mantida pela Fundação Instituto de Administração, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Negócios, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Bruno.

Aprovado em: _____ de _____ de 2018.

_____

Prof. Dr. Marcos Bruno.

(Orientador)

_____

Prof. Dr.

_____

Prof. Dr.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à FIA, ambiente acadêmico onde pude me desenvolver e realizar meus estudos, assim como a todos os professores e funcionários com os quais tive o privilégio de conviver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Marcos Bruno por sua autoridade acadêmica.

Agradeço aos professores FIA pelas aulas admiráveis e essenciais para esta dissertação.

Agradeço de forma carinhosa a nossa turma de alunos do Mestrado 3.

Agradeço aos profissionais entrevistados que, gentilmente, doaram seu tempo e conhecimento para concepção deste trabalho.

Especial agradecimento ao Professor Daniel por sua resiliência em me apoiar nesse estudo.

Por fim, porém não menos importante, agradeço ao apoio incondicional da minha esposa que me deu tranquilidade no lar para seguir estudando.

"Um problema sem solução é um problema mal colocado."

— Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Apesar do cenário atual da DRC trazer uma expectativa positiva para a indústria farmacêutica, pois a prevalência na população mundial aumentou 3% em 2016 há poucas informações sistematizadas que contribuam para o monitoramento do negócio de Terapia Renal Substitutiva. Este trabalho buscou indicadores que pudessem auxiliar os stakeholders a diminuir suas incertezas no mercado da Doença Renal no Brasil, sob o âmbito de métodos de reembolsos no mercado da DRC, com vistas a 2030. Os indicadores foram baseados em dados levantados em uma pesquisa bibliográfica e um cruzamento de informações coletadas em entrevistas com especialistas que representam o setor. O objetivo geral deste trabalho foi identificar os componentes relevantes do modelo de negócio a serem considerados pela Indústria Farmacêutica no mercado da Doença Renal no Brasil em 2030 sob o âmbito de métodos de reembolso. Para tanto, os objetivos específicos foram: investigar quais são os métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doenças; descrever o componente métodos de reembolso na prestação de serviço de saúde do mercado da doença renal crônica atual; identificar as principais mudanças para o futuro, vis a vis o componente Métodos de reembolsos, no mercado da doença renal crônica com vistas a 2030; e, por fim traz recomendações que auxiliam os stakeholders a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável.

Palavras-chave: Doenças Renais Crônicas. Métodos de reembolso. Acesso ao mercado.Modelo de Negócio. Indicadores.

ABSTRACT

Although the current scenario of Chronic Kidney Diseases brings a positive expectation for the pharmaceutical industry, since the prevalence in the world population increased by 3% in 2016 there is little systematized information that contributes to the monitoring of the Chronic Renal Therapy business. This work sought indicators that could help stakeholders reduce their uncertainties in the Brazilian Renal Disease market, under the scope of DRC market repayment methods, with a view to 2030. The indicators were based on data collected in a bibliographical research and an intersection of information collected in interviews with experts representing the industry. The general objective of this work was to identify the relevant components of the business model to be considered by the Pharmaceutical Industry in the Brazilian Renal Disease market in 2030 under the scope of reimbursement methods. To this end, the specific objectives were: to investigate the most relevant reimbursement methods currently used in the disease service market; describe the component reimbursement methods in the provision of health service market chronic disease; identify key changes for the future, vis a vis the component Reimbursement methods, in the market for chronic kidney disease with a view to 2030; and finally, it provides recommendations that help stakeholders reduce their uncertainties about the most likely predicted path.

Keywords: Chronic Kidney Diseases. Reimbursement Methods. Market Access. Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura geral da dissertação 21
Figura 2 - Dimensões do modelo de negócio 28
Figura 3 - Diagrama de afinidades dos componentes do modelo de negócio. 30
Figura 4 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 32
Figura 5 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 33
Figura 6 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 33
Figura 7 - Representação gráfica (*framework*) do modelo de negócio..... 34
Figura 8 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 34
Figura 9 - Representação gráfica (*framework)* do modelo de negócio..... 35
Figura 10 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 36
Figura 11 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 37
Figura 12 - Representação gráfica do modelo de negócio..... 38
Figura 13 - Representação do ambiente para geração de modelos de negócio 39
Figura 14 - Representação gráfica do modelo de negócio: "*Business Model Canvas*"..... 40
Figura 15 - Modelo de Agência 44
Figura 16- Cadeia de valor do setor de saúde privada..... 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Eventos acadêmicos relacionados ao Estudo do futuro 22
Quadro 2 - Diferença entre Previsão e Prospecção 24
Quadro 3 - Lista de artigos e seus componentes do construto modelo de negócio 29
Quadro 4 - Diferenças entre taxonomia e tipologia..... 31
Quadro 5 - Definições sobre modelos de negócios 41
Quadro 6 - Quadro de amarração 51
Quadro 7 - Planejamento da pesquisa 62
Quadro 8 - Distribuição dos entrevistados por segmento..... 63
Quadro 9 - Formação Acadêmica – Experiência profissional – Tempo de serviço..... 63
Quadro 10 - Descrição dos métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC 65
Quadro 11 - Descrever os principais problemas dos métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC. 67
Quadro 12 - Os métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC estimulam a produtividade no setor da saúde. 68
Quadro 13 - O Brasil seguirá a tendência dos países desenvolvidos de se pautarem em métodos de reembolso com ênfase em performance. 70
Quadro 14 - Qual a percepção das mudanças para 2030, considerando as críticas ao modelo atual. 71
Quadro 15 - Há interessem ou não dos atuais players para ocorrerem mudanças para 2030... 72
Quadro 16 - Quais as recomendações para os Stakeholders para mitigar incertezas no método de reembolso a ser utilizado em 2030. 74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2 - Evolução da prevalência de DRC entre 2011 – 2014 18
Gráfico 3 - Evolução da incidência de DRC entre 2011 – 2014 18
Gráfico 3 - Média de gastos com assistência médica per capita em US$, período 1980-2013. 53
Gráfico 4 - Evolução dos gastos do ministério da saúde no Brasil entre 2003 - 2017 54
Gráfico 5 - Estimativa de pacientes novos em diálise no mercado da doença renal crônica .. 55
Gráfico 6 - Prevalência da doença renal crônica no Brasil..... 55
Gráfico 7 - Número estimado de óbitos em pacientes de Diálise..... 56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DRC	Doença Renal Crônica
HD	Hemodiálise
PD	Hemodiálise Peritoneal
TRC	Terapia Renal Substitutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IRCT	Insuficiencia renal crónica terminal.
Scielo	*Scientific Electronic Library Online*
Lilacs	Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde
Medline	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
FFR	Falência da função renal
TRS	Terapia renal substitutiva
VBR	Visão baseada em recursos
ST	*Stakeholders*
BMC	*Business Model Canvas*
FFS	*Fee for service*
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças infecciosas e parasitárias
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SONESP	Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo
DRG	*Diagnosis Related Groups*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15
1.1. Contextualização da Doença Crônica 15
1.1.1. Contextualização da Doença Renal Crônica (DRC). 16
1.2. Problema de pesquisa 18
1.3. Objetivos 19
1.4. Justificativa 19
1.5. Delimitações do Trabalho 20
1.6. Esquema geral da dissertação 20
2. REVISÃO DA LITERATURA 22
2.1. Estudos do Futuro 22
2.2. Modelo de negócios 25
2.2.1. Conceito de modelos de negócio 25
2.2.2. Propriedades e componentes do Modelo de negócio 27
2.2.3. Tipologias e taxonomias em modelos de negócio 30
2.2.4. Ontologia dos modelos de negócios. 31
2.2.5. Elementos de um modelo de negócio proposto por Amit e Zott (2001) 32
2.2.6. Elementos de um modelo de negócio proposto por Chesbrough e Rosenbloom (2002) 32
2.2.7. Elementos de um modelo de negócio por Hedman e Kalling (2002). 33
2.2.8. Elementos de um modelo de negócio por Yip (2004). 34
2.2.9. Elementos de um modelo de negócio por Lehmann-Ortega e Schoettl (2005). 34
2.2.10. Elementos de um modelo de negócio por Tikkanen et al. (2005). 35
2.2.11. Elementos de um modelo de negócio por Verstraete e Jouison (2007). 35
2.2.12. Elementos de um modelo de negócio por Johnson et al. (2008). 36
2.2.13. Elementos de um modelo de negócio por Teece (2010). 37
2.2.14. Elementos de um modelo de negócio por Osterwalder e Pigneur (2010). 38
2.3. Teoria da agência e métodos de reembolsos na saúde 43
2.3.1. Teorias da Agência 43
2.3.2. Forma de remuneração de serviços de saúde 44
2.3.3. Métodos de reembolso 45
2.3.3.1. *Fee for service* (FFS) ou Reembolso por serviço. 46
2.3.3.2. *Capitation* ou Captação 47

2.3.3.3. *Episode of care* ou Episódio de cuidados (Pacote) 48
2.3.3.4. *Pay for Performance* (P4P) – reembolso por desempenho 48
3. CARACTERIZAÇÃO DO SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA EM CUIDADOS A SAUDE. 53
3.1. Caracterização do setor de atividade econômica da DRC (um item dentro do cuidado a saúde). 54
4. MÉTODO DE PESQUISA 58
4.1. Campo do estudo da pesquisa 58
4.2. Etapa 1: Pesquisa bibliográfica e em dados secundários 59
4.3. Etapa 2: Pesquisa qualitativa com especialistas do setor 60
4.3.1. Unidade de análise das pesquisas com especialistas 60
4.3.2. Coleta de dados 61
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 65
5.1.1. Investigar quais são os métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doença Renal Crônica 65
5.1.2. Descrever o componente métodos de reembolso na prestação de serviço de saúde no mercado da doença Renal Crônica 66
5.1.3. Identificar as principais mudanças com respeito ao componente métodos de reembolsos no mercado da doença renal crônica 70
5.1.4. Construir recomendações que possam auxiliar os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável 74
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 77
6.1. Fechamento do trabalho. 77
6.1.1. Limitações do trabalho. 78
6.1.2. Delimitações do trabalho 79
6.2. Sugestão de pesquisas futuras 79
REFERÊNCIAS 80
APÊNDICE 90

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização da Doença Crônica

De acordo com Mendes (2012) o Brasil, neste início de século, vive um panorama de saúde pública que combina uma transição demográfica acelerada que se caracteriza pelo envelhecimento da população e uma transição epidemiológica que se expressa entre outros fatores por uma situação hegemônica de condições crônicas. Essa hegemonia das condições crônicas possui uma tendência de aumento devido à produção social das mesmas e como consequência de uma prevalência crescente e sem encaminhamento adequado de uma solução que tem em sua causa raiz comportamentos e estilos de vida não saudáveis como o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo e o sobrepeso, entre outros fatores.

Compreende-se transição epidemiológica as alterações que ocorrem nos padrões de morbidade, mortalidade e invalidez numa população particular ao longo de um período e que pode se associar a outras transformações demográficas, econômicas e sociais (OMRAM, 2001).

Do ponto de vista econômico o impacto que as doenças crônicas têm para o país não está relacionado somente aos gastos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também com os custos gerados em função da aposentadoria precoce, absenteísmo e da morte da população economicamente ativa, vi a vis a ineficiência dos Métodos de reembolso atuais. De acordo com as estimativas, em 2025 o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e cerca de 85%, apresentará ao menos uma doença (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

O cenário atual das DRC traz uma expectativa positiva para a indústria farmacêutica, pois a prevalência de IRCT na população mundial aumentou 3% em 2016. Aproximadamente 1,8 milhão de pacientes são submetidos à TRS no mundo, representando uma prevalência de 280 pacientes por milhão de população (pmp). Desses, 77% encontrava-se em alguma forma de diálise e 23% era de transplantados renais (CHERCHIGLIA, M. L. et al 2010).

Foi realizada uma pesquisa em periódicos indexados nas principais bases de dados disponíveis eletronicamente relacionadas a Ciências da Saúde, utilizando o portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME/OPAS/OMS, acessível pelo portal: http://bvsalud.org/. Foram consideradas: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

O período avaliado compreendeu novembro de 2005 a julho de 2017 e com um recorte para artigos que abordam o Brasil. As palavras chaves para busca selecionadas foram: incentivos financeiros;

pay for performance; pagamento por desempenho; pagamento por performance. Resultado: A busca eletrônica resultou em 14 artigos.

Em outra busca no base dados da *Business Source Premier – Publications* e *Regional Business News – Publications,* utilizando se da biblioteca da EBSCO (*Academic Labraries*) no portal: http://web.b.ebscohost.com, com as mesmas palavras chaves resultou em 140 artigos internacionais, sem que a busca retornasse artigos no Brasil.

Conclusão: Os trabalhos com pagamento por desempenho no Brasil apenas começaram e suas aplicações precisam ser continuamente avaliadas. Este trabalho se justifica por pesquisar os indicadores que auxiliem os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas no mercado da Doença Renal no Brasil em 2030, sob o âmbito de Métodos de reembolsos no mercado da DRC, com vistas a 2030.

1.1.1. Contextualização da Doença Renal Crônica (DRC).

Para contextualização da doença renal crônica, vale ressaltar que dentro das doenças crônicas, a Doença Renal Crônica (DRC) é considerada como um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a prevalência e incidência da falência da função renal (FFR) que requer uma terapia renal substitutiva (TRS) estão crescendo e os custos por tratamento dos pacientes são altos. No Brasil o número de pacientes estimados em tratamento de hemodiálise e com transplante renal está aproximadamente em 120 mil (BASTOS et al., 2004).

A prevalência da Doença Renal Crônica (DRC) vem crescendo gradativamente no Brasil ao longo dos anos: 42.695 em 2000, 92.091 em 2010, 91.314 em 201 e 97.586 em 2012, crescendo a uma taxa média de 3% ao ano (SESSO, 2012).

Como fatores causais, citar o envelhecimento da população e os crescentes números de diabéticos e hipertensos não tratados que juntos representam 63% do diagnóstico primário da doença renal crônica (SESSO, 2012).

A doença renal crônica, sem tratamento adequado, culmina com a necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS), (SÃO PAULO,2007).

A DRC terminal tem implicações econômicas descritas como: redução de horas trabalhadas, aposentadoria precoce e redução de salário. De forma que a DRC tem um impacto negativo sobre a capacidade produtiva do indivíduo (GODOY; BALDINOTTO NETO; RIBEIRO, 2006)

A DRC terminal não possui cura, porém pode ser tratado de duas formas diferentes de modalidades dialéticas. A primeira é chamada de Hemodiálise (HD). Nesta terapia o sangue

contaminado é desviado do paciente e passa por um filtro externo ao corpo retornando em seguida limpo e sem impurezas. Em geral ocorrem três sessões semanais com duração de quatro horas em média acrescido às horas para deslocamento a clínica de hemodiálise (SILVA; SILVA, 2003).

A segunda forma de Hemodiálise é chamada de Hemodiálise Peritoneal (PD) onde se utiliza do peritônio que reveste o abdome e que funciona como um filtro natural. Desta forma é introduzido cirurgicamente um cateter três a cinco centímetros que segue do umbigo. Por este cateter é introduzido um líquido limpo preparado para diálise e que em contato com o peritônio remove as toxinas do sangue por meio de difusão e ultrafiltração. Em seguida o líquido é removido por gravidade do organismo (GOVERNO DO PIAUÍ, 2012).

Mesmo após 20 anos da introdução da Hemodiálise Peritoneal e sendo comprovado que as duas modalidades são equivalentes em expectativa de vida, a prevalência do tratamento de hemodiálise peritoneal é baixa e vem caindo. A média mundial está em 11%, porém verificamos que muitos países em desenvolvimento possuem uma prevalência maior que a do Brasil (JAINE; BLAKE, 2012).

Tem havido uma evolução nos gastos com procedimentos relacionados a TRS e entre 2014 e em 2015 houve um aumento de 3,84% nos gastos federais com a TRS que passaram de R$ 2,6 bilhões para R$ 2,7 bilhões ao passo que o número de procedimentos cresceu 3,7% no período, variando de 13,5 milhões para 14 milhões. Em 2015 foram realizados 14 milhões de procedimentos relacionados a nefrologia/TRS, orçados em R$ 2,7 bilhões. No total, os recursos empregados na nefrologia para TRS, internações, transplantes e medicamentos, é um total de R$ 3,9 bilhões. Isoladamente, este é o maior recurso despendido pelo Ministério da Saúde para uma área específica de atendimento no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

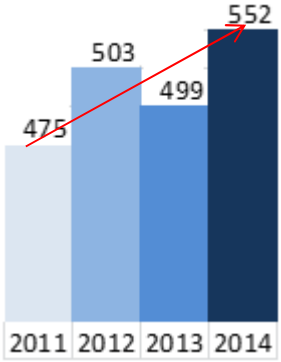
A quantidade de pacientes portadores de DRC está aumentando em todo o mundo. Nos Estados Unidos é estimado um crescimento anual de 6% de novos casos de FFR e o quadro atual é de uma taxa de incidência que dobra a cada 10 anos (XUE, 2001).

Pode-se verificar a alta incidência e prevalência da DRC que vem alarmando a comunidade científica mundial e admite-se que para cada paciente em terapia renal substitutiva (TRS existam de vinte a trinta outros com DRC em seus diferentes estágios (JONES et al., 1998).

Quanto a evolução do número de pacientes com DRC no Brasil, estimar que em 2014 esse número chegou a 112.004, número que representa um aumento de 20 mil pacientes nos últimos quatro anos (92.091 em 2010). Portanto houve um aumento anual médio no número de

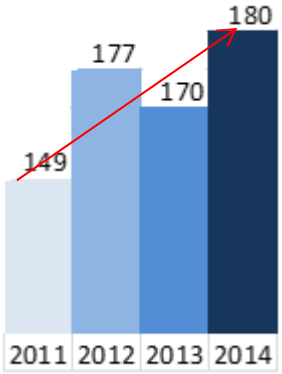
pacientes de 5% nos últimos quatro anos e, então entender que tanto a prevalência - Gráfico 2, quanto à incidência - Gráfico 3, estão aumentando no Brasil (SESSO et al., 2016).

Gráfico 1 - Evolução da prevalência de DRC entre 2011 – 2014



Fonte: Adaptado pelo autor de Sesso et al (2016).

Gráfico 2 - Evolução da incidência de DRC entre 2011 – 2014



Fonte: Adaptado pelo autor de Sesso et al (2016).

Em comparação com outros países o Brasil tem apenas 30% dos pacientes com acesso a terapia de substituição renal, indicando que aproximadamente 70% dos pacientes não se beneficiam do tratamento (SESSO et al., 2016).

Portanto seria possível comparar a DRC a um *iceberg* onde a parte que se projeta acima do nível do mar corresponderia aos pacientes em TRS e a parte submersa, de dimensão muito maior e que é desconhecida, corresponderia à DRC em seus diferentes estágios (SESSO et al., 2016).

1.2. Problema de pesquisa

Dado o ambiente atual da saúde pública brasileira, onde dois fatores que se encontram em crescimento: um fator é o das doenças crônicas e outro são os gastos da saúde no Brasil.

Esse binômio de crescimento é um desafio para os gestores de saúde e em especial no modelo de negócio da Doença Renal Crônica no Brasil objetivo desse estudo devido ao fato de ser o maior gasto do SUS isolado atualmente.

Os métodos de reembolso possuem um papel central nos modelos de negócios, pois fazem interface entre fontes pagadoras e prestadores de serviços, ora balizando, ora controlando essa interação.

Os métodos de reembolso possuem um papel de transformação que é a busca de eficiência e produtividade nos tratamentos de doenças crônicas no Brasil.

1.3. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é identificar os componentes relevantes do modelo de negócio a serem considerados pela Indústria Farmacêutica no mercado da Doença Renal no Brasil em 2030 sob o âmbito de métodos de reembolso. Os objetivos específicos são:

- investigar quais são os Métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doenças;
- descrever o componente Métodos de reembolso na prestação de serviço de saúde no mercado da doença renal crônica atual;
- identificar as principais mudanças para o futuro, com respeito ao componente Métodos de reembolsos, no mercado da DRC com vistas a 2030; e,
- construir recomendações que possam auxiliar os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável.

1.4. Justificativa

O cenário atual das DRC traz uma expectativa positiva do ponto de vista econômica para a indústria farmacêutica, pois a prevalência de doença renal crônica na população mundial aumentou 3% em 2016. Aproximadamente 1,8 milhão de pacientes são submetidos à TRS no mundo (CHERCHIGLIA, M. L. et al 2010).

Do ponto de vista de saúde pública a doença renal crônica assumiu uma importância global e no Brasil onde haviam, em 2013, cerca de 100.000 pacientes em diálise o que representa um aumento de 135,1% no número de casos no período de 2000 a 2013. Desse universo de pacientes, 62,6% possuíam entre 19 e 64 anos, correspondendo à faixa economicamente ativa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al., 2014).

A coleta de informações sistematizadas sobre a DRC tem sido um desafio para a maioria dos países. No Brasil, observa-se poucos de dados de abrangência nacional que contribuam para o seu monitoramento (CHERCHIGLIA, M. L. et al 2010).

Na pesquisa realizada nas bases de dados de artigos científicos e acadêmicos não forma encontrados material em quantidade significativa para os tomadores de decisão nessa modelo de negócio.

Por isto se justifica por pesquisar os indicadores que auxiliem os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas no mercado da Doença Renal no Brasil em 2030, sob o âmbito de Métodos de reembolsos no mercado da DRC, com vistas a 2030.

1.5. Delimitações do Trabalho

Foi selecionado para fins deste estudo, o componente "método de reembolso", pois as políticas de reembolso exercem forte influência nos agentes responsáveis por oferecer o cuidado à saúde (GENE-BADIA, 2007; WARANICK et al, 2010).

1.6. Esquema geral da dissertação

No Capítulo 1 temos a contextualização do tema a ser explorado, o problema de pesquisa, os objetivos, a justificativa e a descrição dos capítulos.

O Capítulo 2 apresenta a revisão da literatura sobre o tema a ser pesquisado, conceitos de cenário e os ambientes a serem estudados.

O Capítulo 3 apresenta metodologia de pesquisa utilizada para o desenvolvimento do trabalho.

O Capítulo 4 apresenta a análise e interpretação dos resultados derivados e as pesquisas de campo.

O Capítulo 5 apresenta as considerações finais além das recomendações para pesquisas futuras.

Figura 1 - Estrutura geral da dissertação

ESTRUTURA DO TRABALHO

FUNDAMENTAÇÕES		
FASE TEÓRICA		**FASE EMPÍRICA**
INTRODUÇÂO (Capítulo 1)	**REVISÂO DA LITERATURA (Capítulo 2)**	**METODOLOGIA (Capítulo 4)**
1 Introdução	2 Revisão da literatura	4 Método de Pesquisa
1.1 Contextualização da Doença Crônica	2.1 Estudos do futuro	4.1 Cronograma do Projeto de Pesquisa
1.2 Contextualização da Doença Renal Crônica (DRC)	2.2 Modelo de negócio	4.2 Campo do estudo da pesquisa
1.2 Problema de pesquisa	2.2.1 Propriedades e componentes do modelo de negócio	4.3 Estudos do Futuro
1.3 Objetivos	2.2.2 Tipologias e taxonomias em modelos de negócio	4.4 Etapa 1: Pesquisa bibliográfica e em dados se
1.4 Justificativa	2.2.3 Reprodução gráfica ou *Framework*	4.5 Etapa 2: Painel de experts com especialistas q
1.6 Delimitação do trabalho	2.2.4 Ontologia dos modelos de negócios	4.5.1 Unidade de análise das pesquisas com especia
1.5 Esquema da dissertação	2.2.5 Elementos de um modelo de negócio proposto por Amit e Zott	4.5.2 Coleta de dados
	2.2.6 Elementos de um modelo de negócio proposto por Chesbrough e Rosenbloom	4.6 Pesquisa
	2.2.7 Elementos de um modelo de negócio por Hedman e Kalling	5 Considerações Finais
	2.2.8 Elementos de um modelo de negócio por Yip	
	2.2.9 Elementos de um modelo de negócio por Lehmann-Ortega e Schoettl	
	2.2.10 Elementos de um modelo de negócio por Tikkanen et al.	
	2.2.11 Elementos de um modelo de negócio por Verstraete e Jouison	
	2.2.12 Elementos de um modelo de negócio por Johnson et al.	
	2.2.13 Elementos de um modelo de negócio por Teece.	
	2.2.14 Elementos de um modelo de negócio por Osterwalder e Pigneur	
	2.3 Teoria da agência e métodos de pagamentos na saúde	
	2.3.1 Teorias da Agência	
	2.3.2 Forma de remuneração de serviços de saúde	
	2.3.3 Métodos de pagamento	
	2.3.3.1 Fee for service (FFS) ou Pagamento por serviço.	
	2.3.3.2 *Capitation* ou Captação	
	2.3.3.3 *Episode of car* e ou Episódio de cuidados (Pacote)	
	2.3.3.4 *Pay for Performance* (P4P) – pagamento por desempenho	
	(Capítulo 3)	
	3 Caracterização Atividade Econômica deste Trabalho	
	3.1. Caracterização do setor de atividade econômica do setor de cuidados a saúde	
	3.2. Caracterização do setor de atividade econômica da DRC	

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

REVISÃO DA LITERATURA

1.7. Estudos do Futuro

O interesse pelo futuro faz parte da história do homem, identificado em diversas civilizações antigas (CHRISPINO, 2001). E que conforme Bethlem (2004) sempre despertou a curiosidade humana.

As civilizações antigas, mais especificamente os sacerdotes do Nilo sudanês os primeiros indícios de previsões de futuro de longo prazo (SCHWARTZ, 1991). Moritz (2004) também escreveu sobre as civilizações do Egito e da Grécia antiga onde as previsões faziam parte da cultura de buscar compreender o futuro das situações do dia a dia, como os amores, a saúde, a guerra e as colheitas.

Jaguaribe (1996) nos relata que no Império Romano havia a obsessão pela previsão futura desde o período monárquico até o tempo de Cícero. Os romanos tinham dois principais tipos de adivinhação: o exame das entranhas de alguns animais; e a observação do voo de pássaros (JAGUARIBE, 1996).

Já no período das duas guerras mundiais a também no pós-guerra e na Guerra Fria iniciou-se o desenvolvimento de instrumentos de planejamento menos determinísticos e mais probabilísticos, dada à necessidade de se evitar situações de crise que colocassem a humanidade em risco, já que os países ganharam a capacidade de autodestruição (CRISTO, 2002).

A partir da década de 50 vemos o surgimento da interpretação do futuro como uma dependência das ações do homem, surgindo à adoção da prospecção, sob visão de Gaston Berger (CASTRO et al., 2001).

Na visão de Godet (1993), Gaston Berger fez referência nos anos 60 a palavra prospecção, retirando a influência e força da previsão, desta forma distanciando-se da visão profética que possuía o termo previsão.

No Quadro 1, Marcial e Grumbach (2006) apresentam uma visão dos eventos acadêmicos relacionados ao estudo do futuro, com a evolução no tempo dos acontecimentos relevantes.

Quadro 1 - Eventos acadêmicos relacionados ao Estudo do futuro

Ano	Autor (s) / Entidade	Tema
1902	George Wells	Obra "História do futuro" que detalha os avanços tecnológicos da Rússia Japão e EUA no final do século 19.
1930	Aldous Huxley	Obra "Admirável mundo novo" que é uma fábula futurista relatando uma sociedade completamente organizada sob um sistema científico de castas.
1957	Gaston Berger	Obra "A atitude prospecção" que participou na *Rand Corporation* durante os anos 50;

Ano	Autor (s) / Entidade	Tema
1967	Herman Kahn	Obra "*The year* 2000" onde pela primeira vez a palavra "cenários" é referenciada.
1970	DATAR (Órgão governamental da França)	Obra realizada pelo órgão DATAR com o nome de "*Une image de la France en l´année* 2000", onde pela primeira vez se aplicou a metodologia de cenários para uma prospecção geográfica.
Década de 1970	Yoneji Masuda	Obra realizada no *Institute for the Information Society* com o nome de "Plano a Sociedade Informatizada, uma Meta Nacional para o ano 2000", onde o autor procura idealizar uma sociedade informatizada em substituição a industrial.
Década de 1970	Constantino Doxiadis	Desenvolveu a prospecção urbanística, com o intuito de criar modelos urbanísticos a vida nas megalópoles do século 21
Década de 1970	Pierre Wack	Trabalho realizado na área de planejamento da Royal Dutch Shell usando cenários para "ampliar a compreensão do sistema, identificar os elementos predeterminados e descobrir as conexões entre as várias forças e eventos que conduziram esse sistema". Os resultados obtidos neste trabalho permitiram a Royal Dutch Shell o enfoque de ver o futuro contribuir para tornar a empresa reconhecida na utilização de cenários.
1971	Jaw Forrester	Realizou pesquisa no *Massachusetts Institute of Technology* com o nome de "*World Dynamic"onde* foram propostos cenários mundiais complexos envolvendo economia, população e ecologia.
1975	Gaston Bouthoul / Rene Carrère	Obra realizada no Instituto de Polemologia da França com o nome de "O Desafio da guerra" onde são apresentados elementos para uma prospecção a partir de uma análise "guerra-paz"
Década de 1980	Beyond Bell, Amos Tversky, Michael Porter	Na década de 1980 surgiram muitos trabalhos baseados em cenários. Bell usou cenários nas teorias de Kahneman; Tversky analisou-os em termos psicológicos; e por fim Porter analisa sob a perspectiva de econômica.
Década de 1980	BNDES, Eletrobrás, Petrobras, Eletronorte	No Brasil estas empresas foram as primeiras a utilizarem a metodologia de cenários devido ao fato de operarem em projetos de longo prazo de maturação.
1987	Michel Godet	Foi publicado o livro "Cenários e a administração estratégica". No prefácio do livro é dado ênfase pelo professor Igor Ansoff descrevendo a publicação como um marco na história de cenários como método para estratégias empresariais.
1988	Peter Schwartz / Pierre Wack	É criada a empresa chamada de Global Business Network (GBN) dando início a popularização da utilização de cenários nas empresas anglo-saxônicas.
Década de 1990	CNPq, Finep	Tivemos mais iniciativas no Brasil utilizando-se de cenários com diferentes enfoques setoriais e temáticos.
1997	Ipea	Outra grande iniciativa brasileira foi o estudo "O Brasil na virada do século - trajetória de crescimento e desafios do desenvolvimento".
1997/1998	Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República	Foram elaborados os estudos: "Cenários exploratórios do Brasil 2020" e "Cenários desejados para o Brasil"

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Marcial e Grumbach (2006).

Os estudos do futuro podem ser divididos em duas grandes correntes: os estudos que buscam uma tendência utilizando-se de dados do passado; e os estudos de prospecção, chamados de prospectivos, que utilizam dados do presente (GODET 1982).

Neste sentido, Wright, Silva e Spers (2010) compartilham da mesma visão de que nas pesquisas do futuro a previsão e a prospecção têm pressupostos e técnicas distintas. No Quadro 2, verifica-se estas diferenças entre previsão e prospecção tanto na visão de Godet (1982*)*, como

na visão do Departamento de Planejamento de prospecção de Portugal (1997) citado por Wright, Silva e Spers (2010).

Quadro 2 - Diferença entre Previsão e Prospecção

Característica	Estudo de tendências / previsões		Estudo de Prospecção	
	Visão de Godet, 1982	Visão de Wright, et al, 2010	Visão de Godet, 1982	Visão de Wright, et al, 2010
Entendimento do fenômeno	Trata o fenômeno em partes, em que as demais são iguais.	Adota uma abordagem normalmente setorial	Trata o fenômeno como um todo, é esperado uma mudança total	Adota uma abordagem global
Esclarecimentos	O futuro é uma continuidade "modificada" do presente	Parte do que é simples para o que é complexo	O futuro é a transformação do presente	Parte do que é complexo para o que é simples
A visão futura	Simples e previsível	Concentra-se nas certezas; ocultas as incertezas	Complexo, múltiplo e incerto	Concentra-se nas incertezas, legitimando o seu reconhecimento
Atitude em relação ao Futuro	Passiva, onde o futuro é esperado	Privilegia as continuidades	Ativa, onde o futuro é construído	Leva em consideração as rupturas
Variáveis	Quantitativas, objetivas e as variáveis são conhecidas	Afirma o primado do quantitativo sobre o qualitativo	Qualitativas, também subjetivas, as variáveis podem ser conhecidas ou não	Alia o qualitativo e quantitativo
Relações	As relações são estáticas, e as estruturas fixas	Favorece a inércia	As relações são dinâmicas, estruturas podem mudar, estão em evolução	Favorece uma atitude de flexibilidade e o espírito de responsabilidade
A que modelo se aplica	Modelos especifico que pode ser determinado e quantitativos (muito usado em economia e matemática)	Ênfase nos modelos quantitativos	Modelos qualitativos, analise propositiva, estrutural e estocástico	Ênfase no modelos qualitativos

Fonte: Adaptado pelo autor de Godet (1982) e extraído de Wright, et al. 2010.

Devido às turbulências e incertezas dos mercados e de sua evolução, a possibilidade de compreender o futuro passa a ser uma vantagem competitiva para as organizações preparando-as para enfrentar situações diferentes, minimizando riscos e buscando oportunidades (MARCIAL; GRUMBACH, 2006).

Para Cuhls e Grupp (2001), a prospecção é o processo de procurar sistematicamente nas diversas áreas de ciência, tecnologia, economia e da sociedade identificando no futuro áreas de pesquisa que possuem potencial de gerar benefícios econômicos e sociais.

Contudo existe o risco da resistência ao novo, frequentemente percebida na transição entre um antigo sistema para o novo, em um contexto na qual o novo é visto como o futuro da organização e seu passado e decadência. Trata-se do paradoxo organizacional do tipo passado

versus futuro, que causa frequentemente aumento de estresse, resistência à mudança e outras reações (VASCONCELOS et al, 2006).

Este estudo do futuro se torna relevante visto a dificuldade de os modelos atuais de financiamento da saúde lidarem com a *Trade-off* que é de um lado um aumento da demanda por saúde e por outro lado a limitação de recursos financeiros (PORTER, 1985 e 2007).

1.8. Modelo de negócios

Discorre-se aqui sobre o conceito de modelos de negócio. Na sequência expõe-se as propriedades e componentes e finalmente as reproduções gráficas como forma de compreensão visual.

1.8.1. Conceito de modelos de negócio

Modelo de negócio pode ser entendido como um modelo lógico pelo qual as organizações criam valor (LINDER; CANTRELL, 2001). Algo muito parecido com a definição de Auer e Follack (2002) e também de Petrovic et al. (2001) que compartilham da definição de que um modelo de negócio descreve a lógica do sistema de negócio utilizado na criação de valor e que suportam os processos atuais da empresa.

Também de acordo com Applegate (2001), o modelo de negócio é uma descrição da complexidade do negócio e nos permite estudar tanto o esqueleto como os relacionamentos com os elementos estruturais e também como o negócio responda ao mundo real.

Por fim, Magretta (2002) dá uma definição muito compreensiva e ao mesmo tempo simples de que um modelo de negócio é: uma história que conta como a empresa funciona e como pode ser visto por meio de um sistema composto de pedaços que vão se encaixando.

Quando olhamos para as pesquisas no campo da inovação empresarial iniciadas no século passado por Schumpeter (1934 e 1950), elas mostram o impacto da combinação de "fatores de produção" e sua influência tanto em novos produtos como em novos mercados, todos componentes potenciais de um modelo de negócio.

Já na década de 60, Gardner (1960) colabora com o significado ao tema quando confere características a um determinado negócio. Posteriormente Stanford (1972) faz uma associação em modelagem de negócios em computadores, via simulação, usando o termo modelo de negócios.

Nos textos sobre estratégia de negócios de Porter (1991), Porter afirma que estratégia de baixo custo e diferenciação resulta de Condições iniciais e Opções de gestão da empresa. Sendo que as decisões tomadas afetam os chamados *drivers* (recursos ou propriedades) que por sua vez são postas em prática via atividades. Este ciclo alimenta o baixo custo e a diferenciação permitindo uma posição estratégica da empresa em seus mercados. Não é referido como um modelo de negócio, mas possui muitos dos elementos de um.

Eisenhardt e Sull (2001) sugerem que a fonte de vantagem competitiva se encontra na posição que a empresa possui no mercado com seus produtos e na sua base de recursos ou nos processos considerados chaves, todos referenciados como componentes de um modelo de negócio. Eles afirmam que nos mercados em rápida mudança, ambíguos, o foco é mais no sentido de processos e, mais importante são as regras simples que orientam os processos-chave que também estão presentes em um modelo de negócio.

Na década de 90 o termo de modelo de negócio incorpora diversos conceitos, principalmente a partir da Internet e da tecnologia da informação, influenciando a prática do negócio vigente (PATELI, 2002).

A partir de 1990 tivemos o surgimento das tecnologias de informação e assim os modelos de negócios se tornaram mais complexos e as empresas passaram a expandir a oferta de valor por meio de múltiplos canais de distribuição (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2003).

Na Era do Conhecimento, as empresas passaram a atuar em rede e desta forma potencializar o valor aos clientes e se beneficiaram do valor adicional de seus parceiros. Este conceito de modelo de negócios expandido extrapolou os limites do *e-business* e passou a representar a geração de valor das empresas por meio da sua capacidade organizacional em harmonia a seus objetivos estratégicos e econômicos (OSTERWALDER et al., 2005; ZOTT; AMIT; MASSA, 2010).

Uma vez que as empresas passaram a atuar em rede e com parcerias passou-se a criar valor e lucro oriundos dessas redes de distribuição por multicanais e isso fez com que as empresas se tornassem mais complexas na comunicação e compreensão, tornando se mais difíceis (OSTERWALDER, 2004).

Apesar dessa complexidade esta era do conhecimento proveniente das novas tecnologias abriu caminho para novas maneiras de se criar valor por meio do comércio B2B expandindo as fronteiras das empresas e criando modelos de negócios inovadores (ZOTT; AMIT; MASSA, 2010).

Osterwalder e Pigneur (2003) sugerem que uma forma de realizar negócios em um ambiente de incertezas e de forma mais eficiente é por meio de modelos de negócio, assim

como é possível estabelecer um elo conceitual entre os processos organizacionais e a estratégia ajudando na comunicação e estabelecendo um melhor fluxo de comunicação.

A falta de consenso sobre uma única definição de modelo de negócio é algo recorrente para diversos autores (OSTERWALDER et al., 2005; MORRIS et al., 2005; ZOTT; AMIT; MASSA, 2010).

Para Morris, Schindehutte e Allen (2005), modelos de negócio devem ser simples, lógicos, mensuráveis e abrangentes. O desafio é o de produzir um modelo que seja aplicável às empresas em geral, mas que atenda ao mesmo tempo as necessidades individuais dos empreendedores. Dessa forma os autores propõem um modelo com três níveis de tomada de decisão do abrangente ao específico:

- **Primeiro nível**: chamado de fundação onde é definido o propósito da empresa de forma clara e consistente e que responde à pergunta sobre como e para quem a empresa cria valor.

- **Segundo nível**: chamado de proprietário onde o foco é na parte interna da empresa voltado para os métodos de produção e processos internos visando à geração de valor para o cliente e lucro para a empresa.

- **Terceiro nível**: chamado de regras onde as definições passam a ser mais específicas e estratégicas para o negócio envolvendo regras orientadoras na formação de parcerias, regras sobre competitividade e criação de valores sustentáveis.

Para esta dissertação define-se um modelo de negócio como sendo a representação dos métodos e procedimentos de uma empresa na geração de valor tanto aos seus clientes externos como aos seus acionistas e empregados de forma sustentável ao longo do tempo.

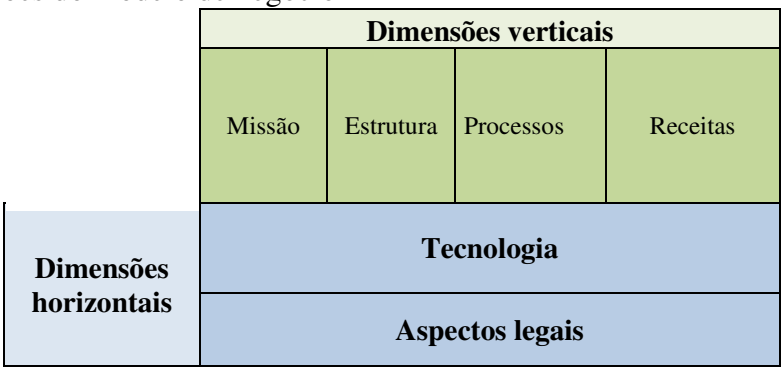
O próximo subitem nos apresenta as propriedades e componentes do modelo de negócio a partir de pesquisa bibliográfica.

1.8.2. Propriedades e componentes do Modelo de negócio

A literatura acadêmica nos dá um entendimento da decomposição do modelo de negócio em seus elementos atômicos (HAMEL, 2000; PETROVIC et al., 2001; WEILL et al., 2001). Esta sessão nos oferece uma visão geral desses elementos, atributos, ou pilares de modelos de negócios.

De acordo com Alt e Zimmermann (2001), e descrito na Figura 2, um modelo de negócio possui seis elementos genéricos, sendo que esses elementos são divididos em duas dimensões, verticais e horizontais (que afetam a todo o modelo de negócio).

Figura 2- Dimensões do modelo de negócio



Fonte: Adaptado pelo autor de Alt e Zimmermann (2001).

No estudo de Shafer, Smith e Linder (2005) foi utilizado uma metodologia para agrupar por afinidade os componentes do construto modelo de negócio. Neste estudo foram utilizados 12 artigos onde foram citados 42 diferentes componentes de negócio.

No Quadro 3, que segue, há uma adaptação do autor com todos os artigos e componentes citados acrescidos de 16 artigos mais atualizados.

Na ferramenta de gestão *Six Sigma,* diagrama de afinidades proposto por Pysdel (2003), usado para organizar categorias por similaridade auxiliando assim a compreensão de dados qualitativos, foram categorizados componentes que aparecem mais do que duas vezes auxiliando a compreensão de dados qualitativos.

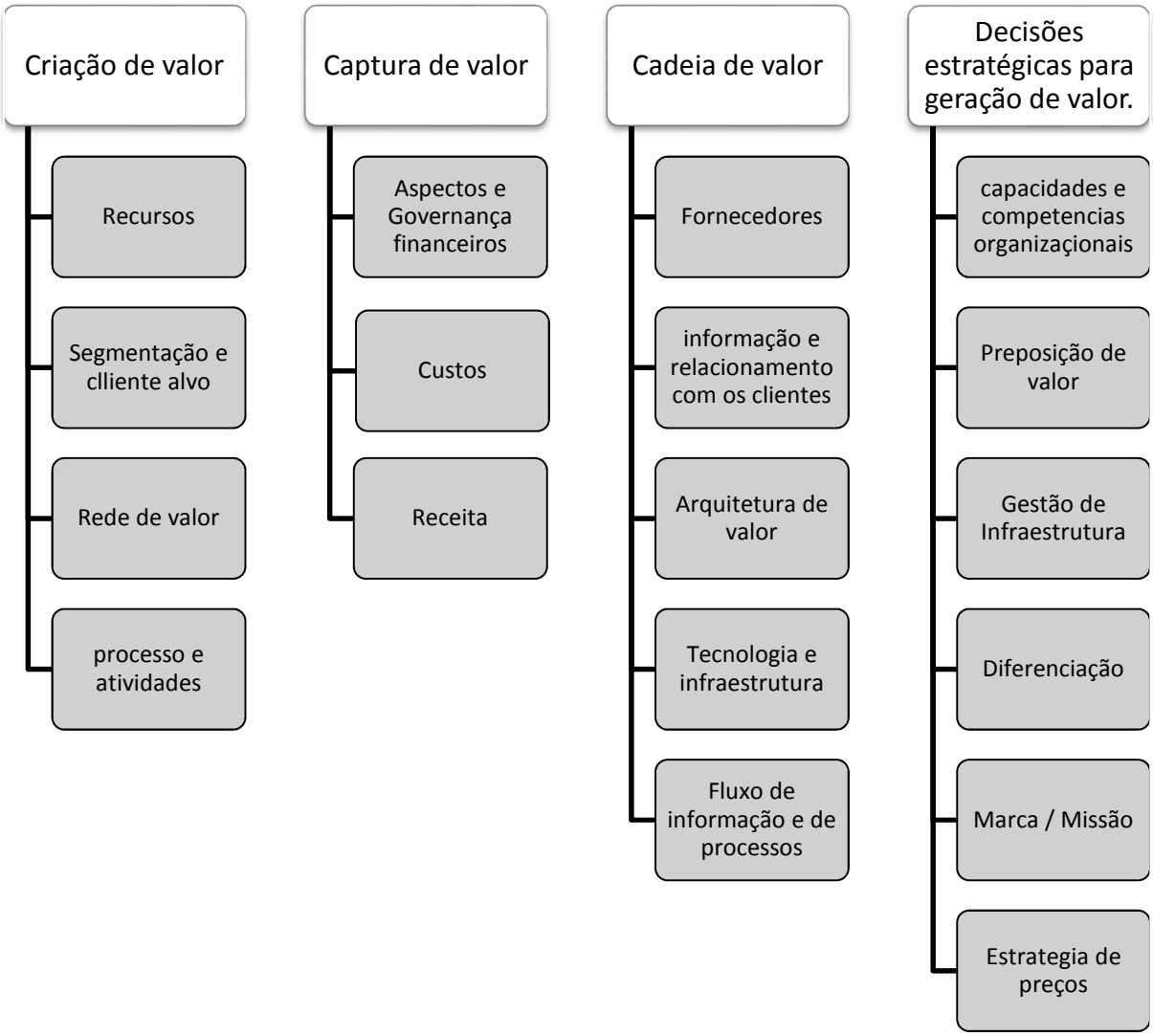
Também foi adaptado pelo autor o diagrama de afinidades (ver Figura 3) onde estão identificadas as quatro maiores categorias: criação de valor, captura de valor, cadeia de valor e decisões estratégicas para geração de valor (PYZDEL, 2003).

Quadro 3 - Lista de artigos e seus componentes do construto modelo de negócio

Lista de componentes	Timmers (1998)	Hamel (2000)	Afuah & Tucci (2001)	Amit & Zott (2001)	Weill & Vitale (2001)	Dubosson-Torbayet al. (2002)	Magretta (2002)	Rayport & Jaworski (2002)	Van Der Vorst et al. (2002)	Hoque (2002)	Chesbrough (2003)	Hedman & Kalling (2003)	Osterwalder (2004)	Rappa (2004)	Yip (2004)	Lehmann-Ortega; Schoettl (2005)	Morris et al. (2005)	Tikkanen et al. (2005)	Voelpel et al. (2005)	Chesbrough (2007)	Casadesus-Masanell & Ricart (2007)	Aziz et al. (2008)	Plé et al. (2008)	McGrath (2010)	Casadesus-Masanell & Ricart (2010)	Kujala et al. (2010)	Teece (2010)	Wikström et al. (2010)
Valor dos relacionamentos (parceiros)	X	X			X	X			X	X	X	X		X				X	X							X		X
Cliente (mercado-alvo, escopo)		X	X			X	X	X		X	X				X							X				X	X	
Recursos / ativos		X		X				X		X		X									X		X					
Preposição de valor			X			X	X	X	X		X				X	X			X	X				X		X	X	X
Capacidades / competências		X	X	X		X						X					X					X			X			
Processos / atividades / politicas		X	X			X						X						X			X				X			
Receita / preço	X	X	X			X					X					X				X		X					X	
Concorrentes						X		X		X		X										X					X	
Custo							X				X									X								
Fluxo de informação	X			X	X	X																						X
Saída (oferta)				X				X				X			X										X			X
Fluxos de produtos / serviços	X			X	X																		X	X				
Estratégia competetiva / Flexibilidade		X								X	X						X			X			X	X		X		X
Valor da marca						X				X																		
Informação ao Cliente		X				X																		X				
Relacionamento com o cliente		X				X							X						X	X				X		X		
Diferenciação / segmentação		X								X							X			X								
Aspectos financeiros						X		X					X				X											
Missão		X								X																		
Lucro						X	X																					
Oportunidades de negócio				X																			X				X	
Fluxos de caixa					X																							
Criação(Cadeia) de valor				X										X						X		X				X		
Cultura / pessoas		X								X							X					X						
Benefícios para o cliente								X																X				
Interface do cliente														X														
Lógica econômica							X									X										X		
Meio ambiente										X																		
Identidade da empresa										X					X													
Reputação da empresa										X																		
Cumprimento e apoio		X															X											
Funcionalidades																												
Implementação			X						X																			
Aplicações de infra-estrutura / Tecnologia																											X	
Gerenciamento de infraestrutura						X							X															
Gestão																										X		
Inovação de produtos						X							X															X
Características específicas																												
Sustentabilidade			X						X								X											
Conteúdo da transação				X																								
Governança de transações				X																	X							
Estrutura da transação				X																								
Natureza dos inputs															X													
Transformação dos inputs															X													

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Shafer, Smith e Linder (2005).

Figura 3 - Diagrama de afinidades dos componentes do modelo de negócio.



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Shafer, Smith e Linder (2005).

No próximo Capítulo serão abordados tipologias e taxonomias em Modelos de negócio, devido a sua importância no estudo comparativo discorrendo sobre os aspectos organizacionais que se quer estudar (ETZIONI,1975; BLAU et al., 1962; HAAS et al., 1966).

1.8.3. Tipologias e taxonomias em modelos de negócio

Nas pesquisas científicas, incluindo pesquisas organizacionais (McKelvey, 1982) ou pesquisas comportamentais (Mezzich e Salomão, 1980), a classificação de objetos dentro do domínio de pesquisa é um passo importante em direção a outras pesquisas.

Um bom esquema de classificação constitui o fundamento do desenvolvimento de uma teoria como definido por Bailey (1994): A teoria não pode explicar muito se for baseada em um sistema inadequado de classificação.

Construir uma taxonomia de classes para modelos de negócios e um processo de classificação das empresas nessas classes não é uma tarefa fácil, esta classificação envolve a ordenação em grupos de acordo com semelhanças e diferenças e é importante para pesquisas de Modelos de negócios (LAMBERT, 2006).

De acordo com Baden-Fuller e Morgan (2010), uma maneira usual de diferenciar taxonomia e tipologia é pensar em taxonomia como sendo as classes (ou tipos) das coisas observadas no mundo e sendo desenvolvidas a partir do trabalho empírico, de baixo para cima, enquanto que tipologia geralmente é entendida como o delineamento de tipos de coisas (ou eventos) em que os tipos são decididos teoricamente ou conceitualmente, de cima para baixo.

Também Lambert (2006) conclui que tipologia é uma classificação intrínseca à pesquisa dedutiva enquanto que a taxonomia por sua vez está relacionada à pesquisa indutiva que visa indicar grupos homogêneos.

No Quadro 4 registra as diferenças entre Tipologia e Taxonomia em Modelo de negócios.

Quadro 4 - Diferenças entre taxonomia e tipologia.

Tipologias	Taxonomias
Classificação específica / arbitrária / artificial	Classificação geral / natural
As categorias (tipos) são derivadas conceitualmente	As categorias são derivadas empiricamente
Raciocínio dedutivo	Raciocínio indutivo
Poucas características consideradas	Muitas características consideradas
Predominantemente qualitativas	Classificações quantitativas
Fornece uma base apenas generalizações limitadas	Fornece uma base para a generalização

Fonte: Adaptado pelo autor de Lambert, (2006).

1.8.4. Ontologia dos modelos de negócios.

Para Ushold e Gruninger (1996) a ontologia constitui-se de acordos sobre compartilhamento de conceitos e incluem *frameworks* para modelar o domínio do conhecimento assim como protocolos específicos para a comunicação entre os agentes

interoperacionais e acordos sobre a representação de teorias de domínio. No compartilhamento de conhecimento a ontologia é explicitada na forma de definições de um vocabulário representacional.

A utilização da ontologia para representar e descrever modelos de negócios foi descrita em artigos acadêmicos de Osterwalder (2004) e Osterwalder e Pigneur (2010).

Segue que segue uma sequência de representações gráficas de modelos de negócios estudados em artigos acadêmicos.

1.8.5. Elementos de um modelo de negócio proposto por Amit e Zott (2001)

Para Amit e Zott (2001), um sistema de atividades é a principal maneira de entender os modelos de negócio de uma empresa criando valor por intermédio da exploração das oportunidades de negócio para criar também valor na transação entre os diversos *players* que são os provedores, clientes e parceiros na cadeia de valor. O sistema de atividades e relação entre as tarefas propicia uma reflexão sobre o processo e suas melhorias, gerando um fluxo evolutivo conforme Figura 4.

Figura 4 - Representação gráfica do modelo de negócio

Fonte: Amit e Zott (2001, p. 504).

É possível visualizar na Figura 5, a importância das atividades nos 4 grupos (novidade, eficiência, *lock-in* e complementares), onde as tarefas de cada grupo interagem. O sistema de atividades e a relação entre as tarefas propicia uma reflexão sobre o processo e suas melhorias, gerando um fluxo evolutivo.

1.8.6. Elementos de um modelo de negócio proposto por Chesbrough e Rosenbloom (2002)

Para Chesbrough e Rosenbloom (2002), a vantagem competitiva é o motor para a geração de valor na empresa, vantagem essa que se obtém por meio de tecnologia disponível

que entrega um produto percebido pelos clientes. Uma vez definida a sua estrutura de receitas a empresa vai gerar uma cadeia de valor com uma forma de comercialização dos seus bens e serviços, conforme Figura 5.

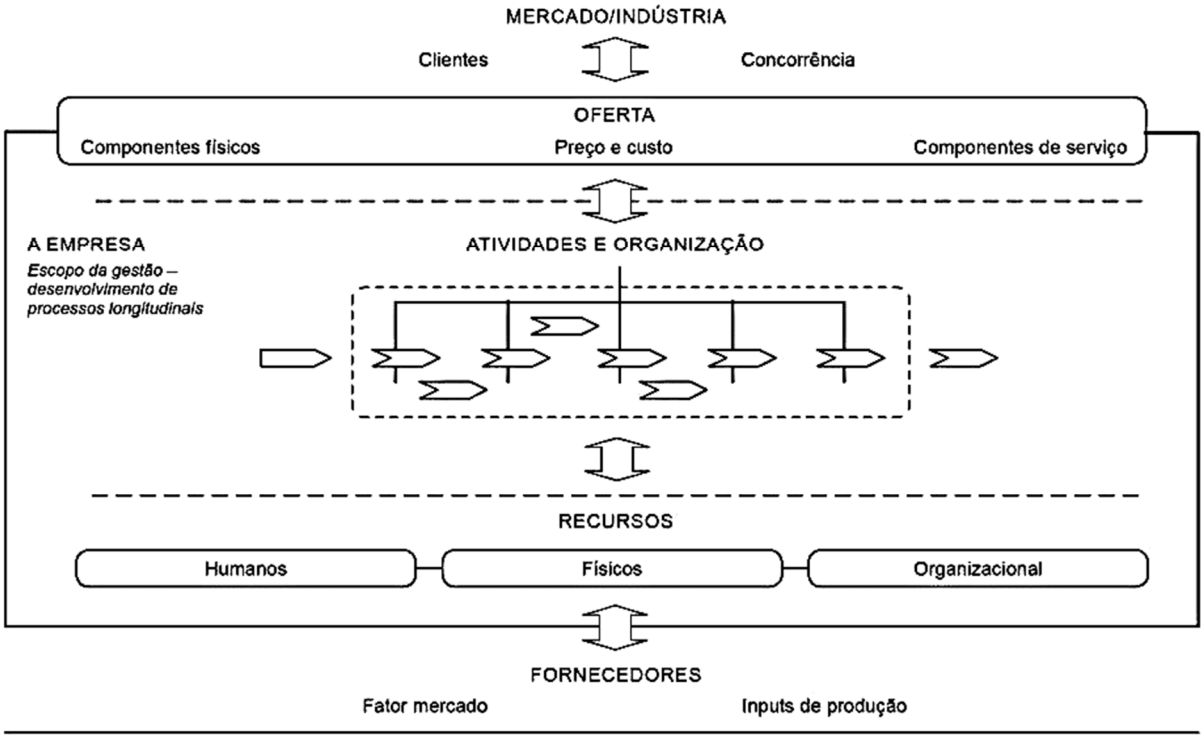
Figura 5 - Representação gráfica do modelo de negócio

Fonte: Chesbrough e Rosenbloom (2002).

1.8.7. Elementos de um modelo de negócio por Hedman e Kalling (2002).

Para Hedman e Kalling (2002), a lógica do modelo de negócio para a geração de valor está na capacidade da empresa de entregar seus produtos (bens e serviços) oriundos dos seus recursos e decorrentes das demandas dos clientes. Essa demanda por diversos produtos em seus mercados propicia a existência de diversos modelos de negócio dentro da empresa, conforme Figura 6.

Figura 6 - Representação gráfica do modelo de negócio.

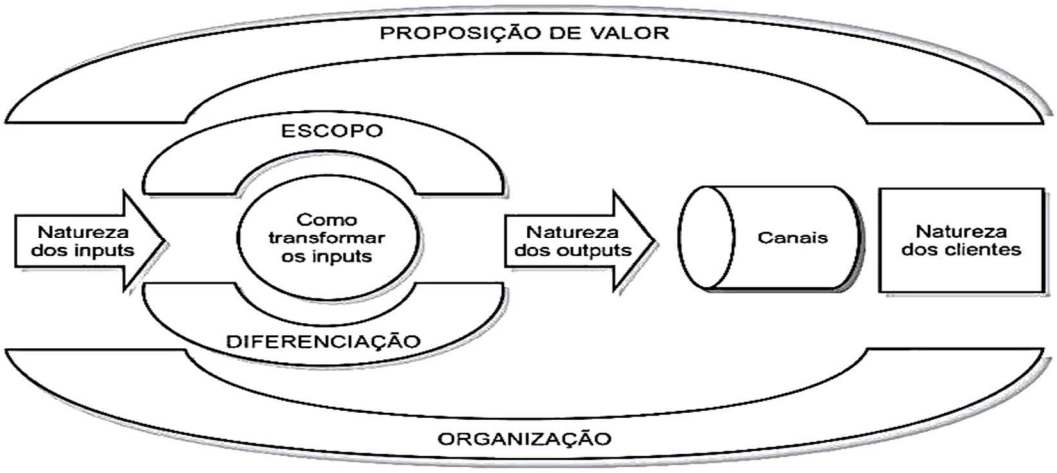


Fonte: Hedman e Kalling (2002).

1.8.8. Elementos de um modelo de negócio por Yip (2004).

Para Yip (2004), o cliente tem uma posição no final do processo de geração de valor da empresa. A transformação da organização com seus processos de produção e distribuição permitem uma diferenciação percebida pelos clientes, conforme Figura 7.

Figura 7 - Representação gráfica *(Framework)* do modelo de negócio

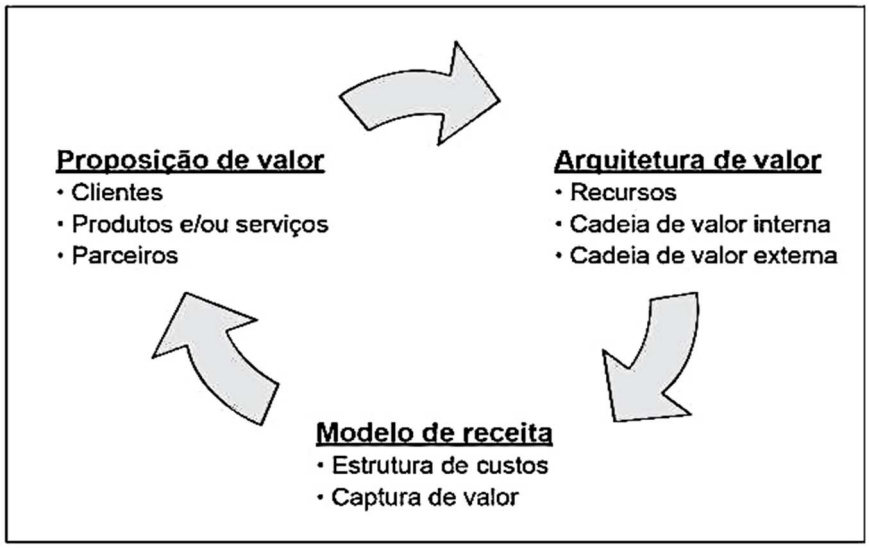


Fonte: Yip (2004).

1.8.9. Elementos de um modelo de negócio por Lehmann-Ortega e Schoettl (2005).

Para Lehmann-Ortega e Schoettl (2005), o processo de geração de valor compreende o relacionamento de três grandes grupos relacionados em ciclo, conforme ilustrado na Figura 8.

Figura 8 - Representação gráfica do modelo de negócio



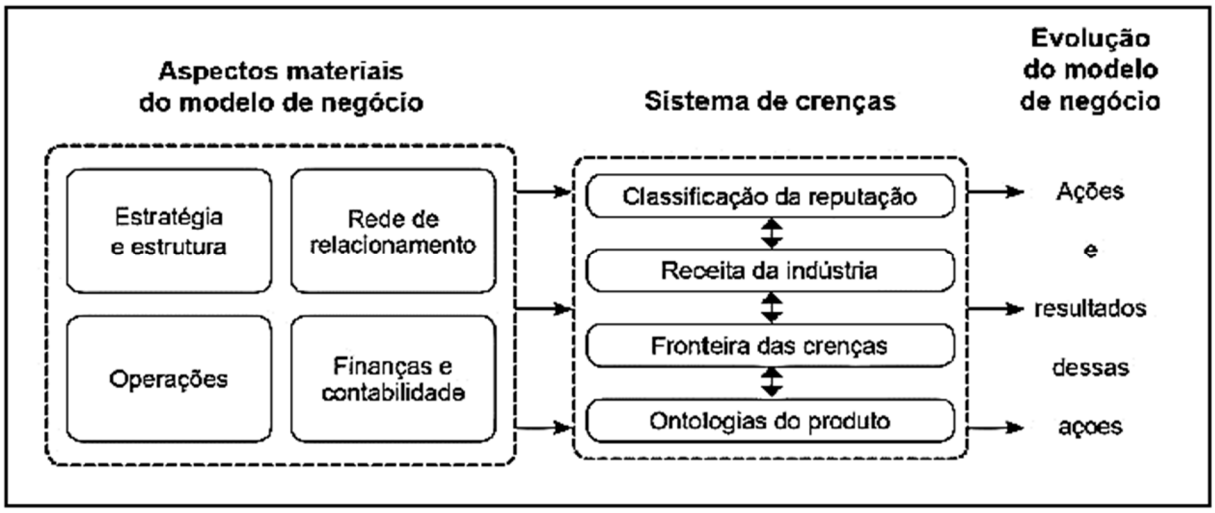
Fonte: Lehmann-Ortega e Schoettl (2005).

Assim, a Figura 8 demonstra que inicialmente temos o grupo de proposição de valor com os clientes, produtos e serviços; na sequência a arquitetura de valor com sua cadeia de valor interno e externo, e pôr fim a estrutura de valor que por sua vez volta a alimentar a proposição de valor criando um ciclo.

1.8.10. Elementos de um modelo de negócio por Tikkanen et al. (2005).

Para Tikkanen et al. (2005), os aspectos cognitivos dos líderes da empresa são relevantes na construção dos componentes do modelo de negócio. A geração de valor está relacionada à capacidade da empresa em criar um processo sistêmico onde os líderes avaliam suas ações de forma evolutiva e onde são utilizadas técnicas de autoanálise e cenários, conforme mostra a Figura 9:

Figura 9 - Representação gráfica (*framework*) do modelo de negócio



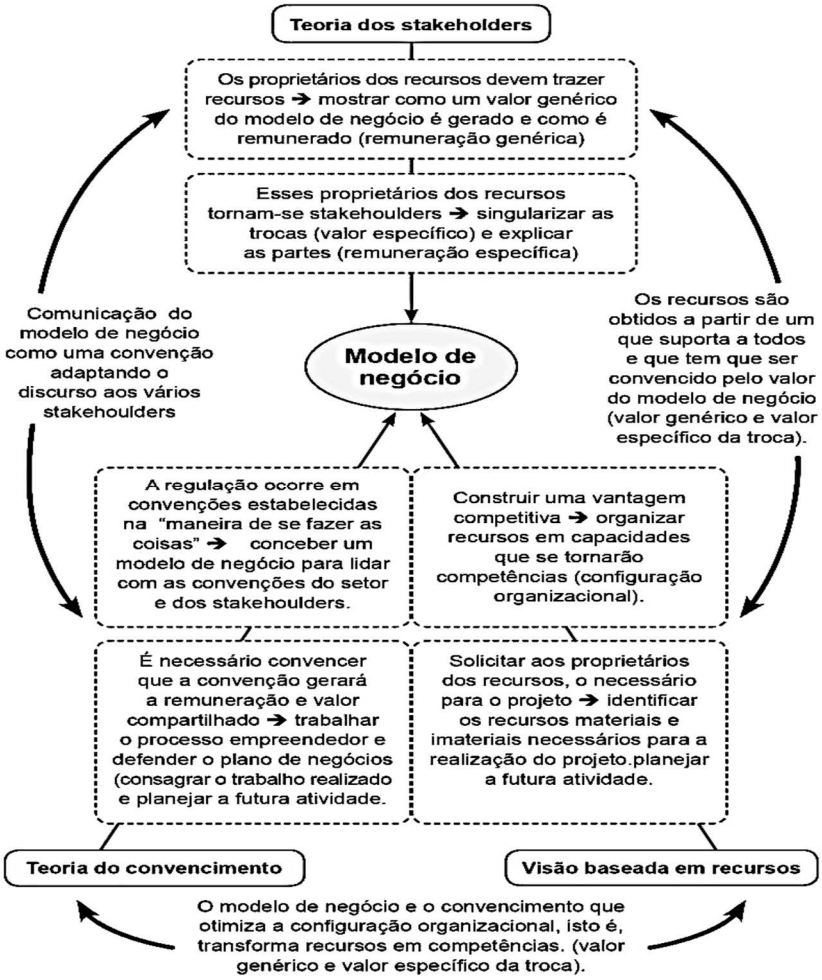
Fonte: Tikkanen et al. (2005, p. 793).

1.8.11. Elementos de um modelo de negócio por Verstraete e Jouison (2007).

Para Verstraete e Jouison (2007), a criação de um modelo de negócio representa um instrumento para definir o core business da empresa no momento de sua criação, explicitando a alocação de recursos por parte de investidores e acionistas. Esta alocação de recursos está em linha com a teoria VBR (visão baseada em recursos) e também a de *Stakeholders* (ST), na medida em que explica a forma como os recursos são conseguidos uma vez que ocorre a adesão ao modelo de negócio.

Finalmente vemos também a teoria de convencimento (TC) que se utiliza da persuasão para realizar a mobilização de recursos e para atrair novos participantes ao modelo, conforme Figura 10.

Figura 10 - Representação gráfica do modelo de negócio



Fonte: Verstraete e Jouison (2007, p. 12).

1.8.12. Elementos de um modelo de negócio por Johnson et al. (2008).

Para Johnson et al. (2008), a proposta do cliente ocorre devido a entrega de um produto (bens ou serviços) onde o valor percebido da entrega ao cliente é inversamente proporcional ao seu nível de satisfação atual.

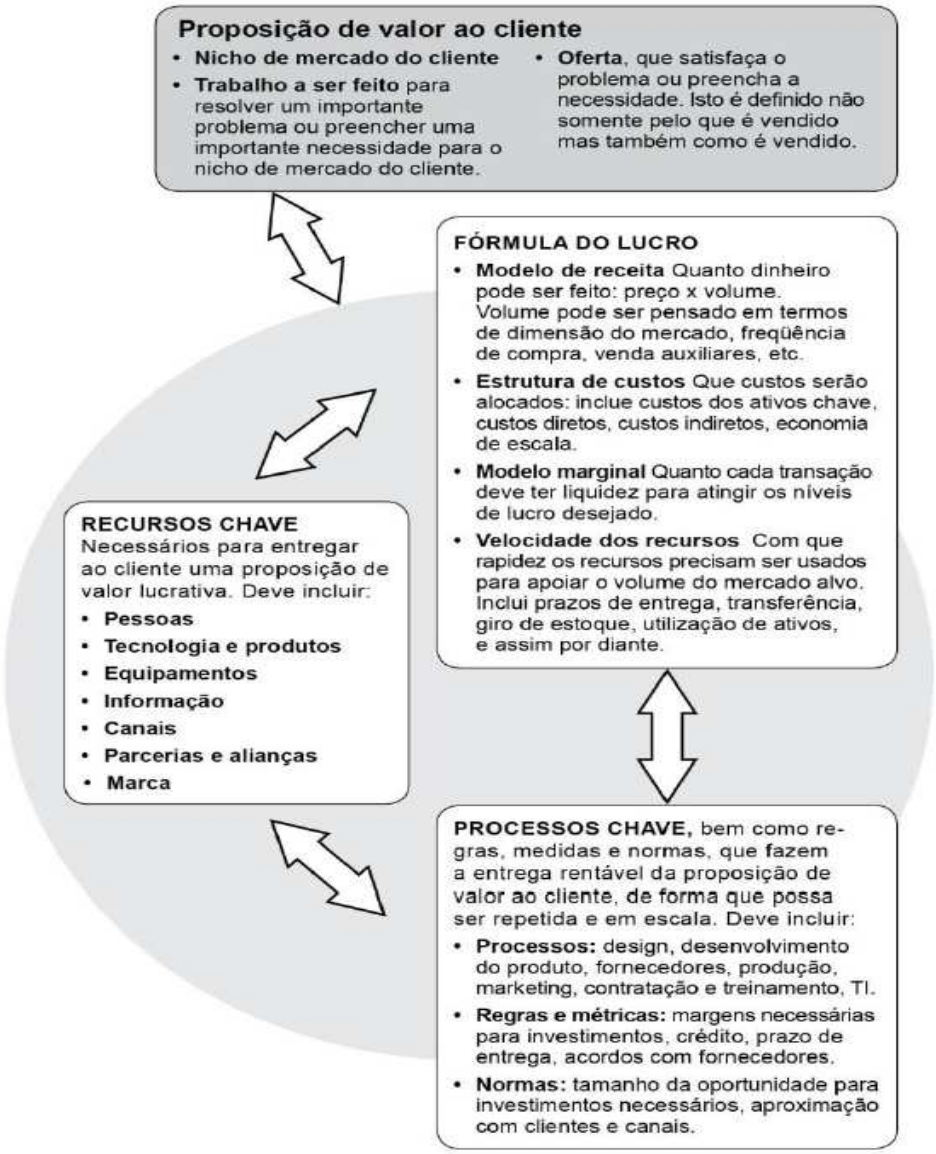
Com respeito à fórmula de lucro, entender esta como sendo a capacidade da empresa em criar valor ao cliente e ao mesmo tempo para a empresa levando em consideração seus componentes financeiros (estrutura de custos, margem de lucro, receitas e capital de giro).

Os recursos chaves por sua vez são os recursos relevantes e necessários para proposição de valor para a empresa e ao cliente.

E por último os processos chaves que são a operacionalização e gerenciamento bem-sucedido dos processos que quando bem-sucedidos e repetidos vão gerar aumento de escala e manter a empresa de acordo a suas normas, regras e procedimentos.

Conforme registra a Figura 11.

Figura 11 - Representação gráfica do modelo de negócio



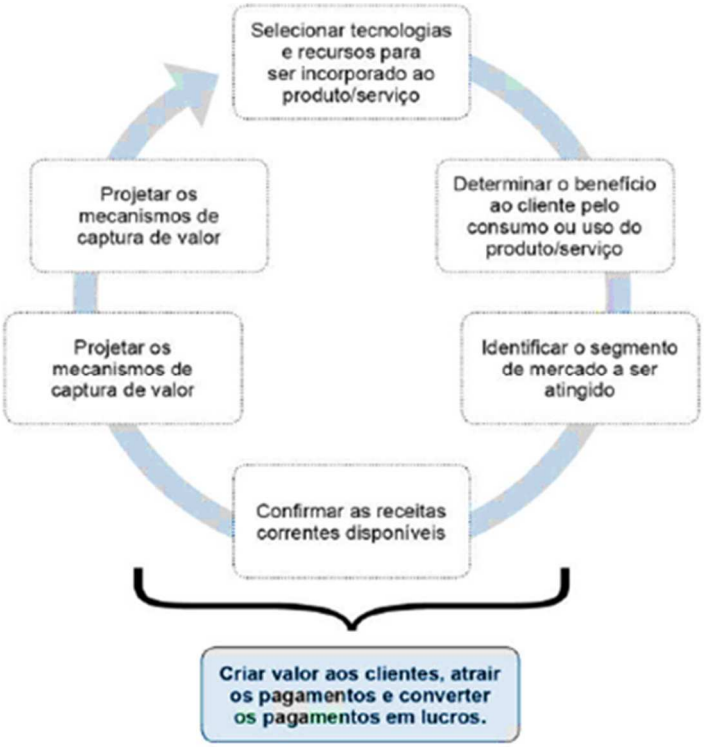
Fonte: Johnson et al. (2008).

1.8.13. Elementos de um modelo de negócio por Teece (2010).

De acordo com Teece (2010), o propósito de um modelo de negócio é a demonstração da criação de valor aos clientes por meio de uma coordenação lógica entre todos seus

componentes, além de da demonstração das receitas, lucros e estrutura de custos decorrentes desse processo de geração de valor aos clientes, conforme Figura 12.

Figura 12 - Representação gráfica do modelo de negócio



Fonte: Teece (2010).

1.8.14. Elementos de um modelo de negócio por Osterwalder e Pigneur (2010).

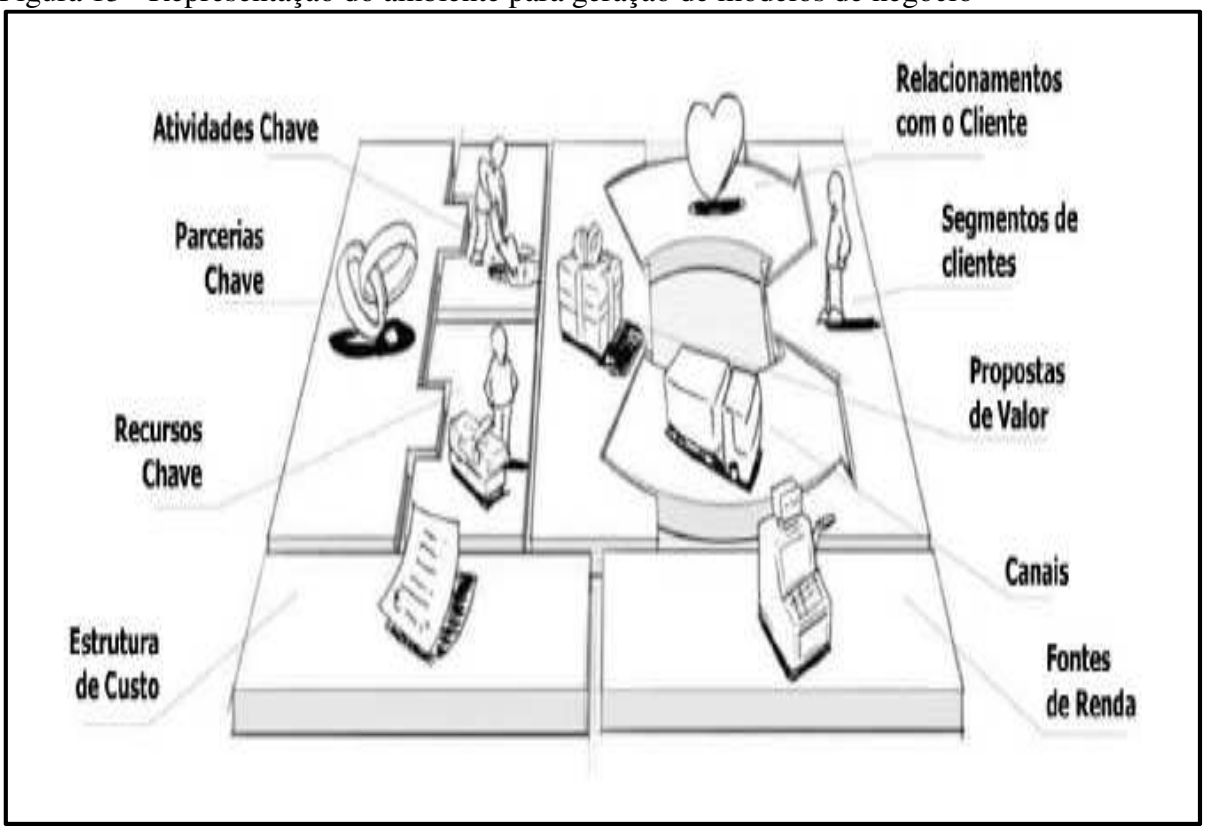
De acordo com Osterwalder e Pigneur (2010), o *Business Model Canvas* (BMC) é uma ferramenta de negócios usada para visualizar todos os blocos de construção de um negócio, incluindo clientes, rota para o mercado, proposição de valor e finanças.

Os blocos no BMC (Figura 13) estão divididos em 9 áreas:

- **Segmentos de clientes**: quem são os clientes? O que eles acham?
- **Propostas de valor:** o que é atraente sobre a proposição? Por que os clientes compram, usam?
- **Canais**: Como esse produto (bens ou serviços) são promovidas, vendidas e entregues? Por quê? Está funcionando?
- **Relacionamentos com o cliente:** como você interage com o cliente por meio de sua "jornada"?
- **Fluxos de receita**: como o negócio ganha receita com as proposições de valor?

- **Principais atividades**: quais são as coisas estritamente estratégicas que o negócio faz para entregar sua proposição?
- **Recursos chave**: quais ativos estratégicos únicos o negócio deve competir?
- **Parcerias chave:** o que a empresa não pode fazer para que ele possa se concentrar em suas atividades chaves?
- **Estrutura de custos:** quais os principais fatores de custo do negócio? Como eles estão ligados à receita?

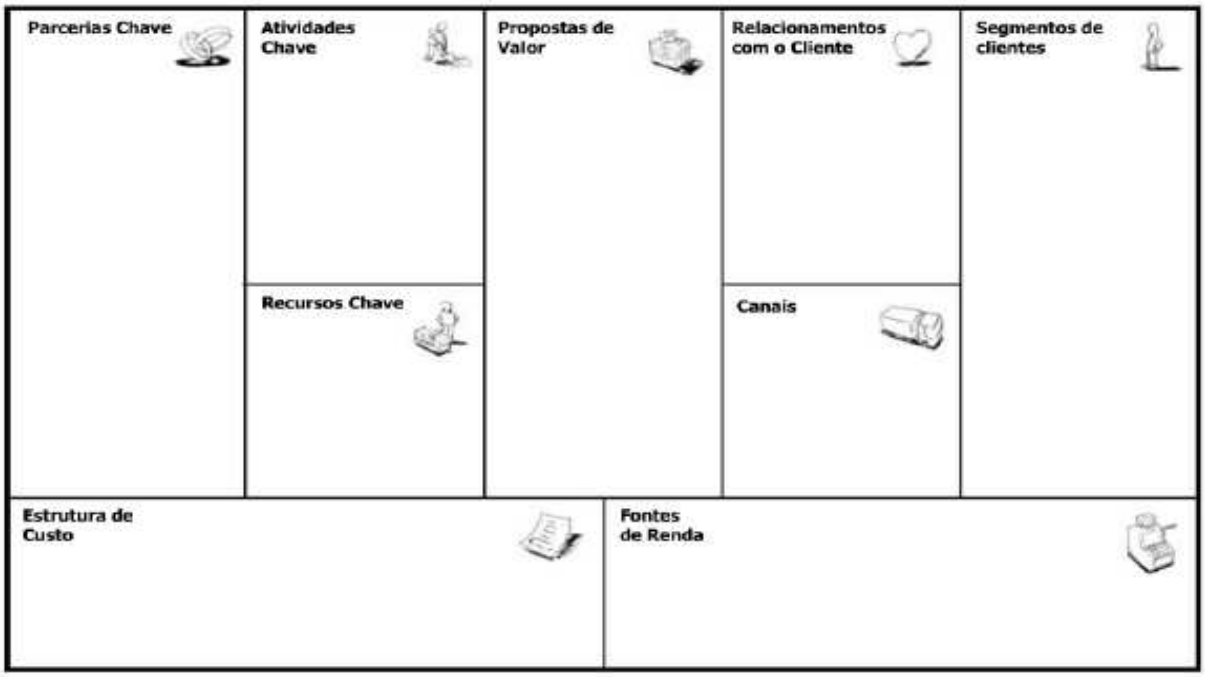
Figura 13 - Representação do ambiente para geração de modelos de negócio



Fonte: Osterwalder e Pigneur (2010).

De uma forma didática, os mesmos elementos posicionados em caixas possibilitando descrever, analisar e desenhar modelos de negócio, conforme Figura 14.

Figura 14 - Representação gráfica do modelo de negócio: *"Business Model Canvas"*



Fonte: Osterwalder e Pigneur (2010).

No Quadro 5 podemos ver um resumo das definições modelos de negócios categorizados pelo autor da definição e os artigos estudados que fazem referência as mesmas.

Quadro 5 - Definições sobre modelos de negócios

Autores	Definição de modelo de negócio	Artigos estudados que usaram essa definição
Timmers (1998)	O modelo de negócio é "uma arquitetura do produto, fluxo de serviços e informações, incluindo uma descrição dos vários atores comerciais e seus papéis; uma descrição dos benefícios potenciais para os vários atores comerciais; uma descrição das fontes de receitas " (p. 2)	Amit & Zott (2001), Dubosson-Torbay et al. (2002), Hedman & Kalling (2003), Shafer et al. (2005).
Amit & Zott (2001)	Um modelo de negócios descreve o design do conteúdo, da estrutura e da governança de uma transação para criar valor por meio da exploração das oportunidades de negócio (p. 493).	Hedman & Kalling (2003), Zott & Amit (2007), Zott & Amit (2008), Santos et al. (2009), Sosna et al (2010), Markides (2013).
Chesbrough & Rosenbloom (2002)	O modelo de negócio é "a lógica heurística que conecta o potencial técnico com a realização do valor econômico "(p.529).	Chesbrough et al (2006), Chesbrough (2007), Teece (2010).
Magretta (2002)	Os modelos de negócios são "histórias que explicam como as empresas trabalham. Um bom modelo de negócio responde as questões antigas de Peter Drucker: quem é o cliente? E o que faz o valor para o cliente? Responde também às questões fundamentais que todo gerente deve perguntar: como ganhamos dinheiro nesse negócio? Qual é a lógica econômica subjacente que explica como podemos oferecer valor aos clientes em um custo apropriado? "(P. 4).	Seddon et al (2004), Morris et al. (2005), Ojala & Tyrvaineno (2006), Demil & Lecoq (2010).
Teece (2010)	"Descreve o *design* ou arquitetura da criação de valor, entrega e mecanismos de captura que são por ele empregados. A essência do modelo de negócios é definir a maneira que a empresa entrega valor aos seus clientes, atrai os clientes para pagar pelo valor e converte esses reembolsos em lucro" (p. 172).	Baden-Fuller & Morgan (2010), Dunford et al. (2010), Gambardella & McGahan (2010), Bock et al. (2012), Runfola et al. (2013), Eckhardt (2013).

Autores	**Definição de modelo de negócio**	**Artigos estudados que usaram essa definição**
Casadesus-Masanell & Ricart (2011)	“Um modelo de negócio é [...] um reflexo da estratégia realizada da empresa" (p. 195).	Grassl (2012), Coombes & Nicholson (2013), Spieth et al. (2014).
Cavalcante et al. (2011)	“Uma abstração dos princípios que apoiam o desenvolvimento da empresa por meio dos seus de processos recorrentes chave"	Trimi & Berbegal-Mirabent (2012), Spieth (2014).
Aspara et al. (2013)	"O modelo de negócios corporativo reside principalmente nas mentes dos principais gerentes da corporação ou membros do comitê diretivo essencialmente, é a lógica percebida dos gerentes corporativos de como o valor é criado pela corporação, especialmente sobre os *links* de criação de valor entre o portfólio de negócios da empresa" (p. 460).	Schneider & Spieth (2013), Spieth (2014).
Osterwalder & Pigneur (2013)	"O modelo de negócio descreve a lógica da criação, entrega e captura de valor por parte da organização"	Wirtz et al. (2016).
Martins et al. (2015)	"O modelo de negócios é um exemplo de um esquema, definido como uma estrutura cognitiva que consiste em conceitos e relações entre eles que organizam entendimentos gerenciais sobre o design de atividades e intercâmbios que refletem as interdependências críticas e as relações de criação de valor nas redes de intercâmbio de suas empresas"	Aversa et al. (2015), Rumble & Mangematin (2015), Waldner et al. (2015).
Osterwalder & Pigneur (2013)	"O modelo de negócio descreve a lógica da criação, entrega e captura de valor por parte da organização"	Wirtz (2016)

Fonte: Elaborado pelo Autor (2017).

A partir de um entendimento da relevância dos modelos de negócios e a importância da componente captação de valor e fluxo de receitas que determina a maneira como o cliente pagará pelos benefícios recebidos. O próximo capítulo abordará a Teoria da agência e métodos de reembolsos.

1.9.Teoria da agência e métodos de reembolsos na saúde

1.9.1. Teorias da Agência

Os métodos de reembolsos constituem uma forma de contrato de incentivo, vinculando a indústria hospitalar provedora de serviços de saúde à doença crônica com a organização maior, seja uma seguradora, um plano médico ou um programa governamental de benefícios para a saúde. Como tal, a análise e interpretação do reembolso a indústria hospitalar enquadra-se na literatura econômica maior sobre contratos e incentivos financeiros, conhecida como teoria de agência (MILGROM; ROBERTS, 1992; PRATT; ZECKHAUSER, 1985; SAPPINGTON, 1991).

Assim, a essência da contratação de incentivo é o empenho de um indivíduo ou organização (o principal) para induzir e recompensar certos comportamentos por outro (o Agente) (PRENDERGAST, 1999).

As recompensas financeiras são apenas uma, embora importante, entre uma multiplicidade de mecanismos para provocar o comportamento desejado; outros mecanismos incluem blindagem, socialização, e ameaças de rescisão do contrato (PRENDERGAST, 1999).

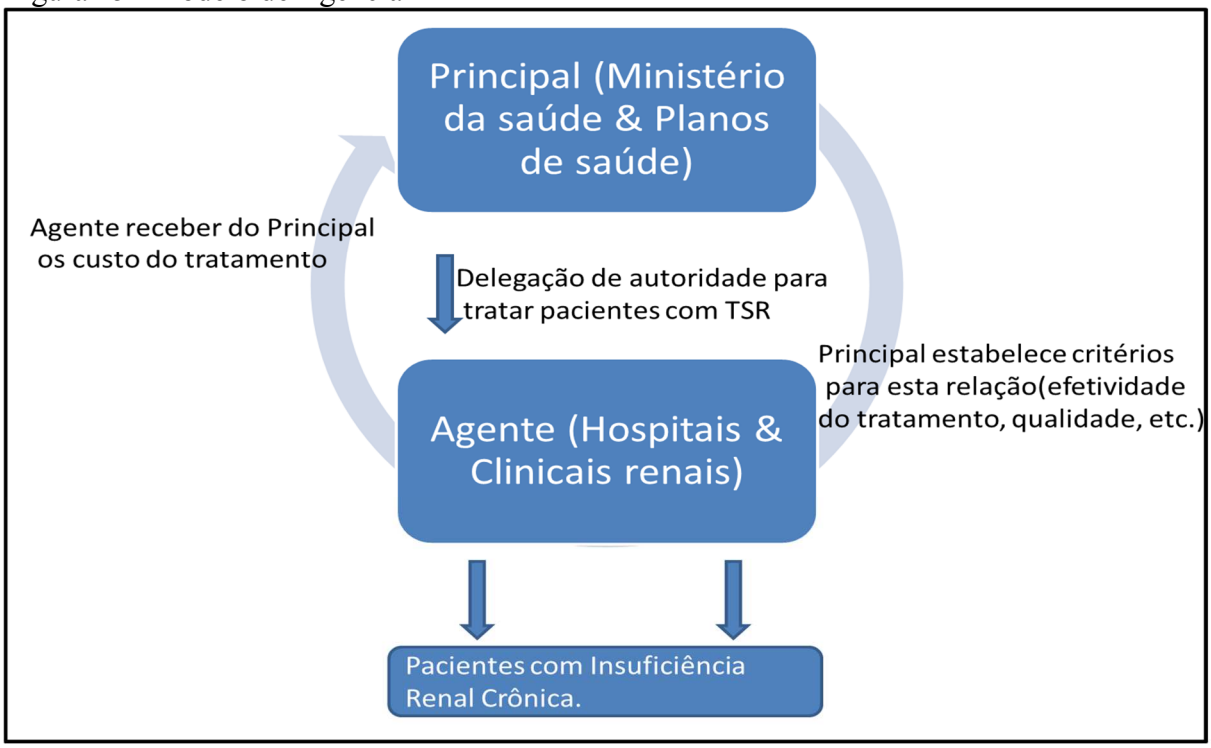
É importante distinguir entre o nível de reembolso (o montante total a pagar pelo principal ao agente) e a estrutura do reembolso (a forma como o reembolso está vinculado a medidas específicas de desempenho) (PRENDERGAST, 1999).

Para tanto, o nível de reembolso em última instância deve ser definido igual ou superior à compensação que o agente poderia alcançar em outras configurações e, no caso será determinado pelas opções terapêuticas para as doenças crônica e seu julgamento social implícito sobre a qualidade da vida dos pacientes submetidos a esta terapia. A estrutura do reembolso, que é a preocupação deste estudo, é projetada para fornecer a maior recompensa ao agente ao menor custo para o principal (PRENDERGAST, 1999).

Contudo, as variações entre as formas de tratamento e as indústrias hospitalares na estrutura da compensação são interpretadas pela teoria econômica como refletindo as características das tarefas e os indivíduos que as realizam (PRENDERGAST, 1999).

A medida de desempenho é facilmente monitorada e medida, à medida que o principal (indivíduo ou organizações) são avessos ao risco, a medida em que o comportamento desejado consiste em uma ou várias tarefas e na medida em que a cooperação entre múltiplos agentes é uma central característica do trabalho a ser realizado (PRENDERGAST, 1999). Conforme o resumo da Figura 15.

Figura 15– Modelo de Agência



Fonte: Elaborado pelo autor.

A Figura 15 mostra o Principal como sendo a fonte pagadora do tratamento de pacientes com TSR. É estabelecida uma delegação de autoridade entre o Principal com o Agente que passa a ser responsável pela tarefa de tratar portadores de insuficiência renal crônica. Onde o fluxo entra o Principal e o Agente, uma ora são os reembolsos relativos ao tratamento da doença crônica e por outro lado o estabelecimento dos custos da relação, que neste caso se refere aos critérios definidos de saúde que garantem a confiabilidade do serviço (PRENDERGAST, 1999).

1.9.2. Forma de remuneração de serviços de saúde

Apesar de método de reembolso aos prestadores de cuidados à saúde não ser o único fator que influencia o processo, colabora para ser uma das mais importantes variáveis do processo.

Desta forma, políticas que definem modelos de reembolso exercem grande influência nas organizações responsáveis por proporcionar esse cuidado à saúde. É imperativo que estas

políticas estejam engajadas de forma a incentivar e viabilizar a banimento de barreiras financeiras e a melhoria da qualidade dada a saúde. Mesmo ocorrendo a motivação dos profissionais de saúde o modelo de reembolso muitas vezes não colabora neste processo e ao contrário pode frustrar as ações e pode não facilitar as ações necessárias (GENE-BADIA, 2007; WRANIK et al, 2010; WRANIK, 2012).

Novos métodos de reembolso que recompensam os prestadores de cuidados a saúde com base nos resultados de saúde da população de pacientes ao invés de quantidade são opções interessantes. Essa responsabilidade poderia criar modelos de negócios para os prestadores de cuidados de saúde investirem em certos serviços ou outras intervenções não clínicas, se assim fosse, seria uma maneira econômica de melhorar a saúde dos pacientes (BACHRACH, et al. 2014).

Os métodos e formas de reembolso devem oferecer oportunidades para provedores de cuidados de saúde compartilhar os benefícios de incremento de eficiência e produtividade. Para os consumidores o reconhecimento de um cuidado de saúde de qualidade. Devem adicionalmente prever incentivos financeiros que premeiem eficiências e boas práticas com o intuído de buscar eficiência, eficácia e níveis de segurança, pois a recompensa aumenta a probabilidade de sucesso (WRANIK et al, 2010; CHAIX-COUTURIER et. al, 2000; GOSDEN, 2000; PATON, 2008).

Para Poter e Lee (2013), a rentabilidade do sistema de saúde deve estar condicionada ao resultado eficiente do tratamento, e não ao volume de procedimentos médicos adotados no tratamento ao paciente.

1.9.3. Métodos de reembolso

Métodos de reembolso de serviços de saúde, mas frequentes no Brasil segundo Prendergast (1999), são:

- *Fee for service* (FFS) ou conhecido como reembolso por procedimento.
- *Capitation* ou Captação, que é um método de reembolso prospecção.
- Remuneração por "pacotes", que consiste na criação de um pacote pré-fixado de honorários médicos mais procedimentos e insumos.
- Por último o reembolso por desempenho que tem crescido no exterior e aos poucos vem sendo discutido e ocorrendo em projetos no Brasil.

No capítulo que segue, é explanado em mais detalhes as quatro formas de métodos de reembolso para serviços de saúde. O objetivo não é o de esgotar o assunto, o intuito é construir

um pano de fundo conceitual para que, no próximo capítulo, por meio de entrevistas e um questionário Delphi, trazer resultados mais claros sobre a situação atual e futura dos métodos de reembolso para o negócio renal crônico no Brasil.

1.9.3.1. *Fee for service* (FFS) ou Reembolso por serviço.

Segundo Macneil (1978), é o método mais simples de reembolso: "reembolso por taxa de serviço", é o que fornece uma forma poderosa de incentivos e fácil de mensurar, é a compensação direta ao esforço que pode ser exemplificado por número de peças produzidas, ou número de camisas costuradas ou quantidade de páginas traduzidas. O reembolso da taxa de peças é análogo à contratação entre as empresas e alinhar bem os incentivos em contextos onde o comportamento desejado é simples e facilmente monitorado.

Para tanto, as taxas de peças podem ser adaptadas a contextos de trabalho bastante complexos, desde que as várias tarefas possam ser medidas individualmente e comparadas entre si em um índice cardinal (MACNEIL, 1978).

Macneil (1978) ressalta que neste contexto o modelo de reembolso de saúde conhecido como *Fee-for-service* se encaixa bem nessa definição, onde se estabelece taxas por serviços complexos catalogados e com terminologia padronizada de procedimento atribuindo uma identificação exclusiva para estas tarefas clínicas.

Ainda, do ponto de principal com o agente este método permite ofertar-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição desde que esteja na lista serviços catalogados, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, já que o reembolso será realizado após a prestação do serviço (JEGERS, 2002).

Porém, não estimula o comportamento preventivo dos serviços de saúde, levando principal a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado (MEDICI, 1995).

Vale ressaltar que tem como vantagens alta produtividade, alta satisfação do principal e o cálculo da remuneração são razoavelmente simples (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998).

Contudo as taxas de peças expõem o principal ao abuso em contextos em que as ações específicas realizadas pelo agente não podem ser monitoradas, medidas ou bem compreendidas. Aqui, uma taxa de peça induz o agente a aumentar a quantidade de serviços fornecidos além do mínimo necessário para atingir os objetivos do principal (DEVLIN; SARMA, 2008).

Assim, este tema pode ser exemplificado em outras relações de trabalho como, por exemplo, entre "tempo e materiais" versos um custo fixo para um trabalho definido. Os efeitos insalubres dos reembolsos por peça na medicina geraram uma vasta literatura jornalística e científica (DEVLIN; SARMA, 2008).

Gosden et al (2001) registram que além de que este modelo de reembolso não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência e não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao principal.

1.9.3.2. *Capitation* ou Captação

Capitação é um método de reembolso prospectivo que visa compartilhar os riscos com o agente responsável ao cuidado a saúde. Para que o método funcione se estabelece um valor fixo para atendimento a um grupo de pessoas por um período de tempo determinado independentemente da quantidade ou tipos de eventos clínicos que se necessite realizarem para o grupo de pessoa. A fonte pagadora (Principal) possui visibilidade das despesas (JUNIOR; KOYAMA, 2007).

Do ponto de vista de eficiência, o prestador de serviço possui interesse em eliminar os procedimentos desnecessários buscando medidas de prevenção e outras terapias de suporte para promoção da atenção à saúde (JEGERS, 2002).

Conforme Bodenheimer et. al, (2002(), no método de reembolso captação existe um ganho no que diz respeito ao gerenciamento por parte do agente e percebeu-se uma redução nos custos para doenças crônicas e conseguindo-se manter a qualidade dos serviços médicos.

Para Robinson (2001) as críticas a este método de reembolso estão relacionadas a substituição ou eliminação por parte do agente de cuidados como: exames complementares, internações e consultas com especialistas, de forma a reduzir o custo.

Adicionalmente temos a aversão ao risco por parte de agente, que busca evitar pacientes de maior custo priorizando pacientes de baixo risco, já que o valor recebido por parte do principal será o mesmo, portanto é uma forma de potencializar os ganhos. Essa pratica nem sempre um cuidado com a saúde adequando (TOBAR; ROSENFELD; REALE, 1998; BALZAN, 2000).

1.9.3.3. *Episode of care* ou Episódio de cuidados (Pacote)

O método de reembolso por episódio é a forma de reembolso fixo, onde se estipula um valor fixo para todos os procedimentos relativos a uma patologia clínica. Todo o risco de custos adicionais é transferido ao agente, justamente esta é a crítica, pois este risco leva ao agente a buscar formas de redução do seu custo e não na melhoria do serviço de saúde prestado (OKAZAKI, 2006).

No que diz respeito a doenças crônicas o episódio de cuidados é o pacote de recursos utilizados durante o curso do tratamento (MEHTA et al.; SCHULMAN, 1999). Neste método de reembolso o agente reduz o custo do tratamento reduzindo a utilização de serviços, assim como a qualidade do tratamento pode ser medida pela quantidade de admissões hospitalares durante as complicações (WEISSMAN, 1999).

Um fator de risco para o agente é o fato de que o custo do tratamento ser fixo não importando a quantidade episódios, um indivíduo pode apresentar vários episódios de cuidados para o mesmo diagnóstico durante o curso da doença (ZAMAN, 2000).

Robinson (2001) ressalta que do ponto de vista do principal o ponto positivo é a previsibilidade das despesas devido ao valor ser fixo, forçando o agente a ter um melhor gerenciamento da assistência prestada e controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento pactuado.

Para tanto, trata-se de um preço pré-estabelecido por procedimento, essa maneira de relacionamento traz muita simplicidade ao processo, reduzindo custo e quase que eliminando conflitos de reembolso e cobrança entre o principal e o agente (ROBINSON, 2001).

Na remuneração prospecção temos a tendência para o aumento de incentivos para subtratamentos e seleção de riscos em contrapartida a remuneração retrospectiva reforça o tradicional estímulo a práticas inconsequentes de gastos (ROBINSON, 2001).

1.9.3.4. *Pay for Performance* (P4P) – reembolso por desempenho

Para Gomes (2010), uma organização de saúde pautada em desempenho deve se atentar para: foco no paciente, envolvimento profissionais de saúde, clareza no modelo do programa, utilização de indicadores com vasta literatura acadêmica e por fim um programa de reconhecimento dos resultados alcançados no programa.

Neste método de reembolso os incentivos para cumprimentos das metas é uma compromete importante do programa, neste caso se faz necessária uma infraestrutura

tecnológica que possa adequadamente processar as informações obtidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas (GREENE; NASH, 2009).

Os agentes nessa modalidade recebem um reembolso de base e, na medida em que alcançam resultados de qualidade anteriormente definidos com o principal poderão receber adicionalmente certas recompensas (reembolso de incentivos ou classificação de qualidade de prestador de serviço). Este programa de incentivos deve ser claro e transparente a todos os envolvidos (GREENE; NASH, 2009).

Para Glickman e Perterson (2009), os programas de incentivos por desempenho possuem o potencial de melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde. Outro benefício é o de incentivar um uso mais racional e eficiente dos recursos destinados à saúde, ao mesmo tempo em que é mandatório alcançar a satisfação dos clientes. Este uso mais racional justamente busca a qualidade dos serviços prestados e não a quantidade.

Já foram identificadas experiências em vários países em desenvolvimento na Ásia e na África mostrando projetos de reembolso por desempenho. Por meio de incentivos financeiros estimula-se a obtenção de resultados acordados entre principal e agente a partir de indicadores de desempenho. Este processo pode ajudar a aumentar o nível de acesso à saúde e o de qualidade também (USAID, 2010).

Existem ressalvas e dúvidas sobres programas de incentivos e críticas no diz respeitos a não comprovação científica dos resultados esperados, pois para esses pesquisadores um modelo de incentivos mal elaborados no início pode acarretar em falsas evidência de melhora na qualidade (MULLEN; FRANK; ROSENTHAL, 2008).

Outros estudos concluíram que sim programas de incentivos com remuneração variável por desempenho têm a potência de melhora da qualidade dos cuidada dos de saúde assim como reduzir os custos quando existe um alinhamento e clareza do processo entre agente e principal Greene e Nash (2009); Van Herck et al (2010).

Geralmente, programas de incentivos nos esquemas P4P demonstram que os reembolsos financeiros são um incentivo chave para a adoção de novos processos não somente para o tratamento como para a prevenção (PECKHAM; WALLACE. 2011).

No entanto, houve críticas a esquemas P4P para não abordar adequadamente os resultados de saúde e os aspectos da qualidade percebida pelo usuário final geralmente não estão incluídos nestes esquemas. De fato, a literatura sobre P4P tende a equiparar a qualidade da atenção a saúde apenas a processos clínicos, apesar de fontes de literatura ampliarem os aspectos de qualidade para a percepção dos usuários finais (PECKHAM; WALLACE. 2011).

Na literatura analisada, foram encontrados diversos artigos descrevendo o método de reembolso *fee for service* e de como esse método tem características nocivas ao mercado de saúde.

Nestes artigos percebe se uma tendência a mudança para outras formas de reembolso. É o que será apurado nesta pesquisa.

O Quadro 6 mostra a amarração entre os objetivos, a pesquisa e a teoria trazida pela pesquisa teórica.

O Quadro 6 intersecciona o relacionamento entre os objetivos desse trabalho com os autores (referência e citação) e por fim as questões qualitativas a serem formuladas. Estas questões serão a base para a Etapa 2 da pesquisa.

O Capítulo 2 traz o referencial teórico base desse trabalho, que é complementado pelo Capítulo 3 que segue, este traz a caracterização do setor da Doença Renal Crônica no Brasil.

Quadro 6 – Quadro de amarração

Objetivo	Autor - referência bibliográfica	Autor - estudo / citação	Roteiro de questões - qualitativo
Caracterização do entrevistado especialista;	Kauark & Manhães & Medeiros (2010)	"No questionário devem constar itens de identificação do respondente"	1. Qual a sua formação acadêmica? 2. Qual a sua experiência profissional no mercado da DRC? 3. Há quanto tempo você trabalha no setor?
Investigar quais são os métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doença Renal Crônica;	Prendergast (1999)	"Métodos de reembolso de serviços de saúde, mas frequentes no Brasil, são: reembolso por procedimento, captação, remuneração por "pacotes" e reembolso por desempenho.	5. Descreva o método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC: reembolso por *fee for service* (procedimento), reembolso por *performance* (produtividade), ou outros.
Identificar o componente "métodos de reembolsos" no mercado da doença renal crônica atual;	Devlin & Sarma (2008); Robinson (2001); Okazaki (2006); (Mullen & Frank & Rosenthal (2008).	(Por procedimento)"Os efeitos insalubres dos reembolsos por peça na medicina geraram uma vasta literatura jornalística e científica"; (Por capitação)"..as críticas a este método de reembolso estão relacionadas a substituição ou eliminação por parte do agente de cuidados"; (Por pacotes) "Todo o risco de custos adicionais é transferido ao agente, justamente esta é a crítica, pois este risco leva ao agente a buscar formas de redução do seu custo e não na melhoria do serviço de saúde prestado"; (Por desempenho)"...um modelo de incentivos mal elaborados no início pode acarretar em falsas evidência de melhora na qualidade" .	6. Descreva os principais problemas do método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC.

	Gosden et al (2001)	"Este modelo de reembolso não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência e não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento."	7. Na sua opinião o método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC estimula a busca de produtividade para o setor de saúde (melhoria de saúde dos pacientes com menor custo)?
Identificar as principais mudanças com respeito ao componente "métodos de reembolsos" no mercado da doença renal crônica;	Poter & Lee (2013)	"Devemos mudar o foco do volume e da rentabilidade dos serviços prestados para um modelo onde a resultado ao tratamento alcançado seja o foco".	8. Nos países desenvolvidos os métodos de reembolsos estão seguindo a tendência de se pautarem em *performance*. Você acredita que esse tipo de método será o principal a ser usado no Brasil em 2030? Justifique.
	Cuhls & Grupp (2001)	"[...]a prospecção é o processo de procurar sistematicamente nas diversas áreas de ciência, tecnologia, economia e da sociedade identificando no futuro áreas de pesquisa que possuem potencial de gerar benefícios econômicos e sociais".	9. Considerando as críticas ao método de reembolso atual, quais mudanças você percebe para o futuro em 2030?
	Vasconcelos et al (2006)	"Trata-se do paradoxo organizacional do tipo "passado versus futuro", que causa frequentemente aumento de estresse, resistência à mudança e outras reações".	10. Qual a sua opinião sobre a existência ou não de interesse, por parte dos *players* do mercado da DRC, em modificar o método de reembolso praticado no futuro em 2030?
Construir recomendações que possam auxiliar os *stakeholder*s a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável;	Marcial & Grumbach (2006)	"[...]a possibilidade de compreender o futuro passa a ser uma vantagem competitiva para as organizações preparando-as para enfrentar situações diferentes, minimizando riscos e buscando oportunidades".	11. Quais recomendações você daria para os *stakeholders* (tomadores de decisão) para mitigar as incertezas do método de reembolso utilizado em 2030?
			12. Gostaria de acrescentar alguma outra informação relevante sobre a questão do método de reembolso no mercado da DRC ou sobre a relação entre método de reembolso e o conjunto do sistema de saúde?

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

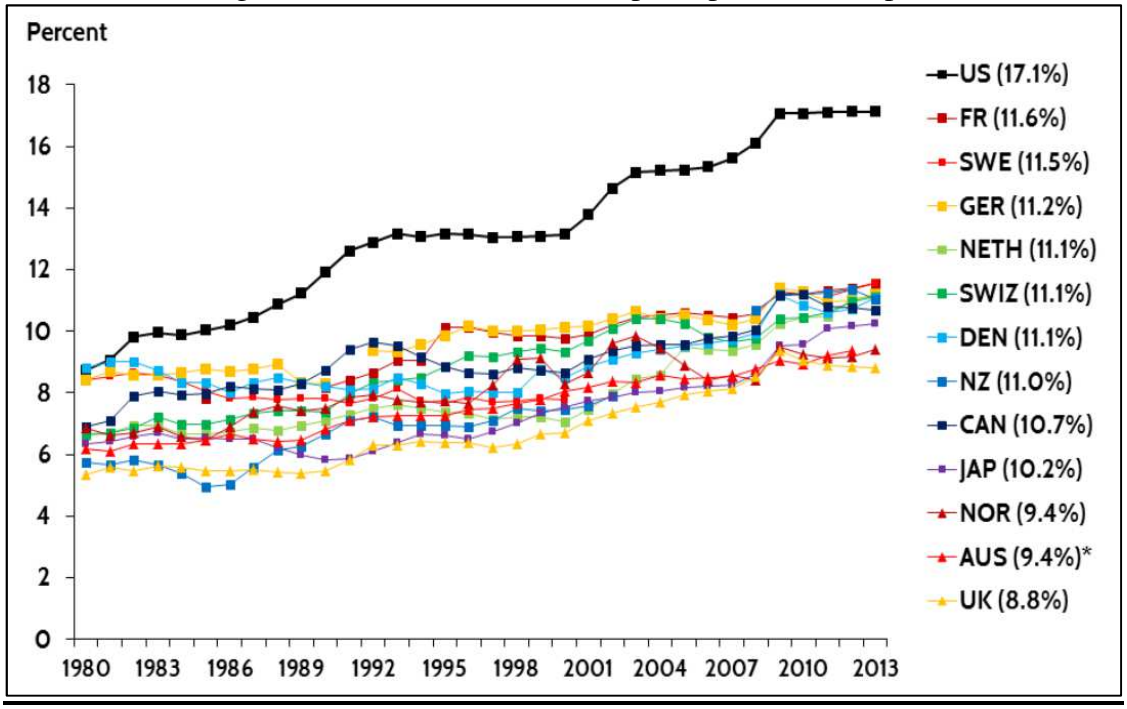
2. CARACTERIZAÇÃO DO SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA EM CUIDADOS A SAUDE.

O tema central deste estudo encontra suporte em uma base bibliográfica fundamentada em autores para montar um entendimento do modelo de negócio da doença renal crônica com uma visão global. Para complementar tal panorama é necessário caracterizar esse setor de negócio no Brasil que serão explicitados a seguir.

A caracterização da atividade econômica do setor da saúde é relevante para o estudo, no diz respeito a: alocação de recursos para a saúde no Brasil, crescimento desses gastos frente à riqueza do país (PIB).

Portanto, os gastos com saúde no mundo estão em processo de crescimento anual e representam um desafio aos países gerenciar o aumento, conforme registro no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Média de gastos com assistência médica per capita em US$, período 1980-2013.



Fontes: Commonwealth Fund (2015).

O Gráfico 3 propicia observar que vários países do mundo, tais como Alemanha, França, Estados Unidos, Canadá entre outros, possuem um crescente custo com a saúde.

No Brasil, este crescente dos gastos com a saúde também pode ser notado, conforme posto no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Evolução dos gastos do ministério da saúde no Brasil entre 2003 - 2017

Fonte: Gastos do ministério da saúde (2003 – 2017).

O Gráfico 4 registra que a participação do ministério da saúde no orçamento da união teve uma curva crescente desde 2003.

Vale ressaltar que apesar do crescente aumento de despesas com saúde no mundo e principalmente nos Estados Unidos, que possui o maior valor *per capita* conforme observado no Gráfico 5, há relatos de falhas frequentes na atenção aos cuidados à saúde.

Diversos estudos apontam para a gravidade do problema e um abismo entre a atenção a saúde dada aos pacientes e a qualidade (SCHUSTER; MCGLYNN; BROOK,1998).

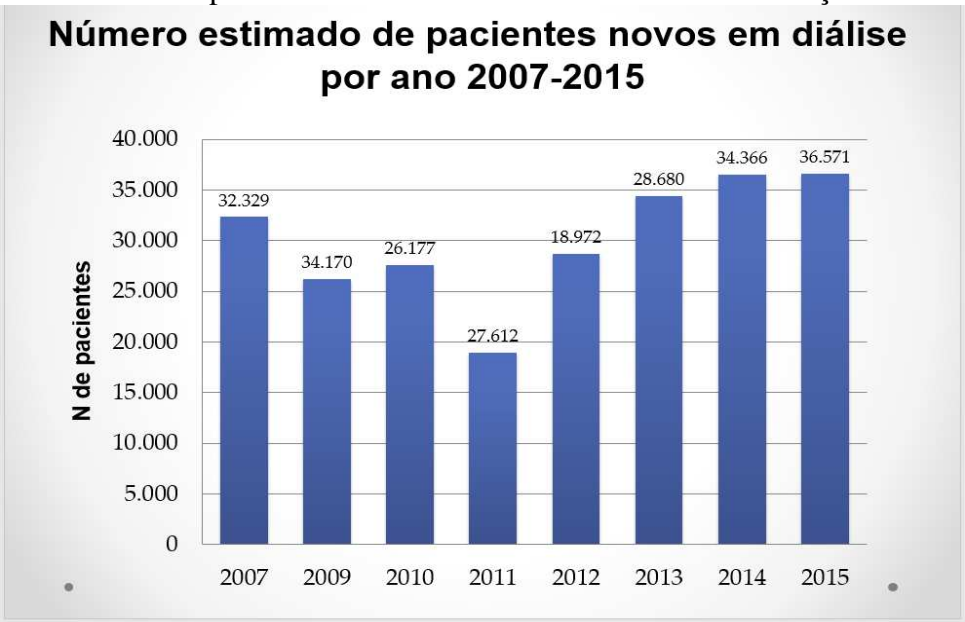
Em outro estudo mais recente os mesmos autores encontraram que pacientes com doenças crônicas estavam deficitários no acesso a cuidados com saúde (SCHUSTER; MCGLYNN; BROOK, 2005).

Nas últimas décadas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80 (Silva et al., 2011).

2.1. Caracterização do setor de atividade econômica da DRC (um item dentro do cuidado a saúde).

O Gráfico 5 mostra a estimativa de crescimento de novos pacientes em diálise no mercado da doença renal crônica no período de 2007 a 2015.

Gráfico 5 – estimativa de pacientes novos em diálise no mercado da doença renal crônica

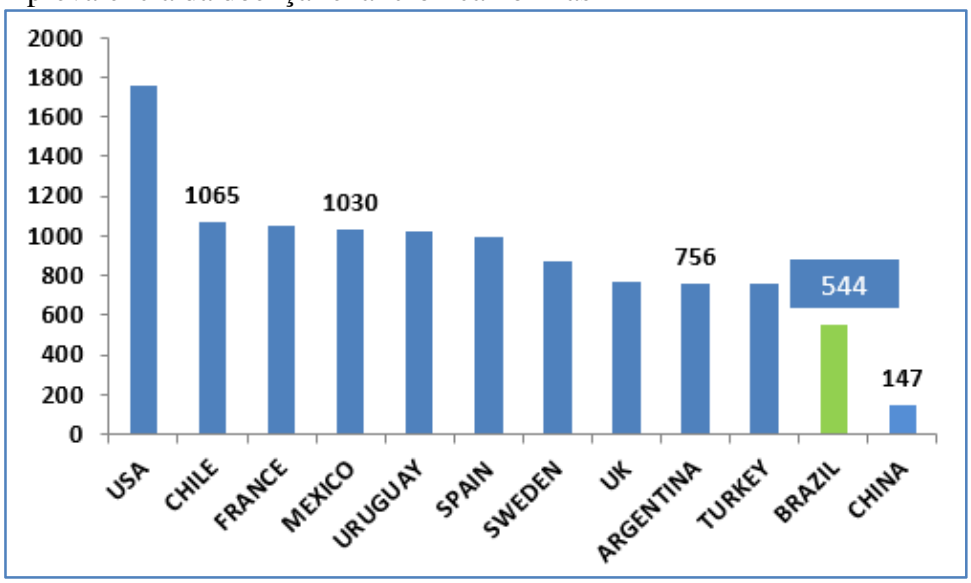


Fonte: sociedade brasileira de nefrologia 2015.

Assim, o Gráfico 5 nos demonstra que o número de pacientes em DRC vem crescendo de forma consistente ano a ano apor 2011, e que estão em conformidade com os estudos acadêmicos apresentados nesse trabalho. Isto só reforça a necessidade de modelos de negócios que possibilitem a melhor gestão dos recursos, que são finitos.

No Gráfico 6, é possível visualizar a prevalência da doença renal crônica no Brasil comparada a outros países.

Gráfico 6– prevalência da doença renal crônica no Brasil



Fonte: Sociedade brasileira de nefrologia 2014.

Desta forma, o Gráfico 7 nos mostra que prevalência da DRC no Brasil está muito baixa comparada a outros países, mesmo quando comparados a países parecidos como o nosso do ponto de vista de desenvolvimento social (México, Argentina ou mesmo o Chile). Pode-se supor que devemos estar diante de uma epidemia silenciosa e que muitos pacientes de DRC que poderiam estar sendo tratados estão vindo a óbito por outras razões.

O Gráfico 7, registra o número estimado de óbitos em pacientes em tratamento de diálise no mercado da doença renal crônica.

Gráfico 7 - Número estimado de óbitos em pacientes de Diálise

Fonte: sociedade brasileira de nefrologia 2015.

Quando analisamos o Gráfico 7, ele nos demonstra que o número de pacientes em DRC que vem a óbito ano a ano está estável, mesmo quando notamos um aumento do numero de caso de DRC (Gráfico 5).

Também no Gráfico 5 podemos visualizar a prevalência em diálise na doença renal que é de 544 pacientes a cada 1 milhão de habitantes que nos mostra um crescimento de 3% ano ano (KAROPADI et al., 2013).

A prevalência no Brasil, está abaixo da prevalência de vários outros países com situação socioeconômica parecidos – México ou Argentina, estima-se que existem entre 81.000 a 130.000 pacientes não diagnosticados gerando custos ao sistema de saúde (hospitalização) e óbito (VAN DE LUIJTGAARDEN et al., 2011).

A comparação entre os Gráficos 6 e 8 permite visualizar a diferença entre a estimativa de novos casos de doença renal crônica que necessitam de diálise, menos o número de pacientes em óbito, tal diferença é significativa, mostrando um aumento considerável desse mercado.

No Brasil, a incidência e a prevalência estão aumentando, o prognóstico permanece com baixo desempenho e os custos do tratamento da doença são altos (BASTOS, 2010).

A doença renal crônica assumiu uma importância global como problema de saúde pública. Neste sentido, vale ressaltar que no Brasil havia, em 2013, cerca de 100.000 pacientes em diálise o que representa um aumento de 135,1% no número de casos no período de 2000 a 2013. Desse universo de pacientes, 62,6% possuíam entre 19 e 64 anos, correspondendo à faixa economicamente ativa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al., 2014).

Tal panorama atinge pessoas em idade produtiva e tem forte impacto econômico, calculado por anos produtivos de vida perdidos, nos custos de hospitalização e de uso de serviços de saúde (OMS, 1998).

Portanto, o mercado da doença renal crônica, objeto de pesquisa deste trabalho, é caracterizado.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Nesta seção serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para este trabalho que traz o estudo do futuro, etapas da pesquisa, assim como um modelo conceitual utilizado para validação e análise dos resultados.

Para Gil (2014), como toda atividade sistemática e racional, exige que as ações realizadas ao longo do processo sejam planejadas.

Entende-se como planejamento como a primeira fase da pesquisa que considera a formulação do problema, delineamento dos seus objetivos, construção de hipóteses, operacionalização dos conceitos entre outros.

3.1. Campo do estudo da pesquisa

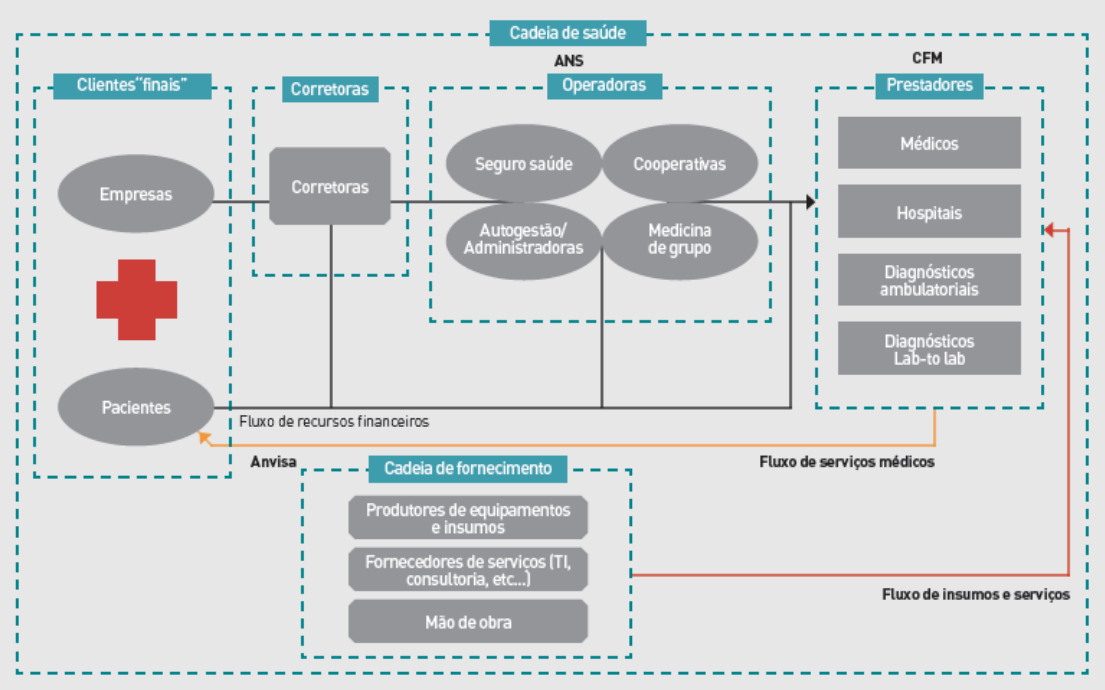
O campo de estudo explorado nesta pesquisa é o modelo de negócio da doença renal brasileira e fazendo um recorte para os métodos de reembolso.

Entretanto, não existe um conceito oficial ou na literatura delimitando este campo, por este motivo, pesquisou-se a cadeia de valor do modelo de negócio hospitalar, compreendendo que esta é a melhor forma de identificar os atores presentes no contexto de interação com a rede hospitalar (PORTER, 1985 e 2007).

A Figura 16 apresenta a cadeia de valor do setor de saúde privada, organizada pela publicação Valor Econômico (VALOR, 2015), na qual se pode identificar o fluxo de recursos financeiros, objeto de este estudo.

A partir destas informações, considerando principalmente questões de financiamento, assunto relacionado aos objetivos desta pesquisa, descartou-se os clientes finais, corretoras e a cadeia de fornecimento de equipamentos e serviços de apoio, definindo os agrupamentos abaixo, detalhados como campo de estudo foco desta pesquisa:

Figura 16- Cadeia de valor do setor de saúde privada



Fonte: Valor Econômico, 2015.

- Serviços de assistência à saúde privados do Brasil, como hospitais e clinicas renais.
- Operadoras de planos de saúde, como seguradoras, cooperativas, autogestão e Medicina de Grupo;

Desta forma o campo delimitado deste estudo sobre Métodos de reembolso se limita aos atores: fontes pagadoras (Operadoras de planos de saúde, como seguradoras, etc.) e prestadoras de serviço (hospitais e clinicas renais).

Devido ao fato de o pesquisador necessitar buscar um entendimento do fenômeno, este trabalho é classificado como exploratório de natureza qualitativa. Uma pesquisa exploratória visa compreender um tema insuficientemente explorado ou conhecido (GIL, 2014).

Este estudo foi planejado em duas:

- Etapa 1 – pesquisa bibliográfica;
- Etapa 2 – entrevista com especialistas que representam o setor;

3.2. Etapa 1: Pesquisa bibliográfica e em dados secundários

Durante as tarefas de contextualização e análise do problema foi realizada uma pesquisa bibliográfica e em dados secundários, tais como em artigos acadêmicos, revistas, livros, periódicos e dados setoriais.

3.3. Etapa 2: Pesquisa qualitativa com especialistas do setor

O fenômeno a ser estudado é o modelo de negócio atual e futuro para o mercado renal brasileiro em uma perspectiva de 13 anos considerando os métodos de reembolsos. Porém, como etapa inicial, será realizado um levantamento sobre os principais fatores que exercem influência sobre o contexto mercadológico do setor dentro do recorte: métodos de reembolsos.

Para Morse e Richards (2002), há uma relação entre o método e a questão de pesquisa. Assim sendo, nesta etapa será empregada uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa por meio de entrevistas com especialistas. O processo de pesquisa deve garantir consistência entre os resultados e os dados de entrevista dos participantes (SANDELOWSKI, 2000).

Creswell (2014, p. 52) por sua vez, aborda que quando se há a necessidade de compreender e descobrir um problema complexo, faz-se necessário utilizar uma pesquisa de natureza qualitativa. Quando a disponibilidade de dados históricos não é adequada o método de entrevistas com especialistas com experiência também é uma opção adequada (ANDRADE E AMBONI, 2010).

Conforme Silva e Menezes (2015) a base da pesquisa qualitativa é a interpretação dos fenômenos e a elaboração de significados. Não sendo necessário o uso de métodos estatísticos, onde o pesquisador tem papel principal que é descritiva e o de análise dos dados de forma indutiva, onde o foco principal deva ser o processo e seu significado.

A opção da pesquisa qualitativa para estudos acadêmicos é relevante por oferecer um diálogo dos atores e dessa forma conseguir chegar a um nível de entendimento da realidade humana, justificando se adequando para estudos cujo objetivo é compreender a maneira como as pessoas percebem o seu ambiente, suas opiniões, valores, crenças e significados to mundo circundante (FRASER & GORDIN (2004).

O rigor ou confiabilidade da pesquisa têm sido debatidos entre pesquisadores qualitativos. Tobin e Begley (2004) e Morse et al. (2002) entendem que para garantir esse rigor, devem ser considerados a responsividade do investigador, a coerência metodológica, a adequação da amostragem e uma atitude analítica, que são estratégias que forçaram o pesquisador a prestar atenção a como a pesquisa foi conduzida e desenvolvida, garantindo confiabilidade e validade do projeto quando concluído.

3.3.1. Unidade de análise das pesquisas com especialistas

Para Flynn et al (1990) podemos usar como elementos de análise na administração: empresas, grupos, indivíduos, projetos etc. Esta etapa de pesquisa de campo é primordial para

compreender os fatores mais importantes e que impactam o modelo de negócio do mercado de doença renal crônica no Brasil sob o âmbito de métodos de reembolsos.

Para isso foram escolhidos profissionais que exercem funções chaves com relevância para este mercado. O critério para a escolha desses profissionais foi a importância deles dentro desse mercado da doença renal, foram contatados 4 grupos representativos do campo de estudo:

a) Representantes da sociedade de classe da nefrologia: SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia) e SONESP (Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo).
b) Profissionais de acesso ao mercado da indústria farmacêutica prestadora de serviços a doença renal crônica com atribuições relativas a reembolsos.
c) Profissionais de acesso ao mercado com experiência em métodos de reembolso.
d) Profissionais do segmento de planos de saúdes que representam os pagadores dos serviços no tratamento da doença renal crônica.
e) Profissionais do segmento dos hospitais/clínicas renais que representam os prestadores de serviços no tratamento da doença renal crônica.

A seleção dos entrevistados para esta pesquisa foi realizada utilizando-se dos critérios de acessibilidade, intenção e julgamento (COOPER; SCHINDLER, 2011; LAKATOS; MARCONI, 2014):

1. Intenção (tipicidade) – seleção de casos/elementos que o pesquisador considere representativos dentro da população-alvo do estudo, em geral, de acordo com as características, histórico, e percepções em comum.
2. Acessibilidade (conveniência) – de acordo com o grau de acesso aos participantes, sujeitos da pesquisa.
3. Julgamento – quando a informação só pode ser provida por poucas pessoas chave, especialistas, em determinada área de estudo.

3.3.2. Coleta de dados

A coleta dos dados será feira por meio do envio, por e-mail, de um questionário semiestruturado. Para aqueles respondentes que puderem também atendar a uma entrevista pessoal este será feito para enriquecimento das respostas.

De acordo com Vieira (2009, p. 11), a utilização de questionários com perguntas abertas permite ao pesquisador poder explorar uma riqueza maior nas respostas do entrevistado, possibilitando compreender e montar um panorama mais amplo.

Contudo é necessário se atentar para as limitações ou desvantagens desse método de pesquisa, buscando-se superar as limitações de dificuldade de expressão do entrevistado, a possibilidade do entrevistado de ser influenciado e o pequeno grau de controle sobre a coleta de dados, entre outros (MARCONI, 2002, p.10).

No questionário constam itens de identificação do respondente para que as respostas tenham maior significação, não o identifiquem diretamente com perguntas do tipo "nome", "endereço", "telefone" (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Para aqueles respondentes que puderem receber o pesquisador para uma entrevista pessoal foi solicitado autorização para que seja feita a gravação para análise mais detalhada, associadas a anotações para análise pelo pesquisador, vide questionário no Apêndice.

A pesquisa qualitativa não se presta a somente uma contemplação, mais que isso se destina a se aprofundar em situações sociais e adotando uma postura ativa, da mesma forma que uma ponderação constante, além de se atentar aos detalhes, eventos e fatos (SAMPIERI & COLLADO & LUCIO, 2013)

O método qualitativo exploratório se justifica para o presente trabalho, pelo fato de buscar descrever a percepção dos profissionais sêniores do segmento Renal, com acesso ao mercado e fontes pagadoras.

Como forma de garantir a representatividade sobre o conhecimento a amostra será mesclada por profissionais com responsabilidade direta do seguimento acesso ao marcado, fontes pagadoras e indústria Renal.

O pesquisador vai explicar aos entrevistados, por meio escrito em e-mail, o caráter estritamente acadêmico da pesquisa, além da confidencialidade e segurança dos dados coletados.

No Quadro 7 podemos ver um resumo do método de pesquisa empregado na pesquisa.

Quadro 7 – Planejamento da pesquisa

Critérios	Etapa 1	Etapa 2
Tipo de pesquisa	Exploratória	Exploratória
Natureza da Pesquisa	Qualitativa	Qualitativa
Método	Levantamento de dados	Opinião de especialistas
Amostra	_	7 especialistas que representam o setor
Coleta de dados	Publicações do setor, livros, dados do mercado	Entrevista pessoal com questões semi-estruturado

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

O Quadro 8 descreve a distribuição dos especialistas que participaram da pesquisa, classificados por segmento estudado.

Quadro 8 - Distribuição dos entrevistados por segmento

Entrevistado	Segmento	Quantidade de entrevistados
Entrevistado 5	Representantes da sociedade de classe da nefrologia	1
Entrevistados 1, 2, 3 e 7	Profissionais de acesso ao mercado.	4
Entrevistados 6	Profissionais do segmento de planos de saúde / fontes pagadoras	1
Entrevistado 4	Profissionais do segmento das clinicas renais / Hospitais.	1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, o Quadro 8 demonstra uma amostragem que está alinhada com o recorte desta pesquisa: Fontes Pagadoras (Operadoras de planos de saúde, como seguradoras, etc.) e Prestadoras de Serviço (hospitais e/ou clinicas renais) e complementado a amostragem Administradores e uma Representante da Sociedade de Classe.

O Quadro 9 registra a caracterização dos especialistas selecionados para serem entrevistados nesta pesquisa.

Quadro 9 – Formação Acadêmica – Experiência profissional – Tempo de serviço.

Entrevistado	Formação acadêmica	Experiência profissional?	Tempo de trabalho no setor da saúde
Entrevistado 1	Publicitário, MBA em Gestão por Processos	Experiência em Acesso ao Mercado Privado	22 anos
Entrevistado 2	Mestre em Adm. de Empresas, pós-graduação em controladoria pelo UEM (Univ. Estadual de Maringá) e Administração Hospitalar pela USP, graduação em Adm. De Empresas.	Administração hospitalar	27 anos
Entrevistado 3	Engenharia Química (Escola Politécnica da USP), com pós-graduação em Administração de Empresas (FGV), MBA (FIA/FEA) e MSc (*London School of Economics and Political Science*, em andamento, conclusão em 2018).	Acesso e Relações governamentais	28 anos
Entrevistado 4	Farmacêutico-Bioquímico (USP/SP, 1985); Mestre em Farmacologia	Cargos de chefia em hospitais;	35 anos

	(ICB/USP, 1994), Doutor em Farmácia (FCF/USP, 2001)	Consultor de acesso ao mercado; Diretor de empresa voltado a gestão financeira de saúde de fontes pagadoras	
Entrevistado 5	Médica pela Universidade Federal de Santa Catarina e Nefrologista pela UNIFESP. Titular da Sociedade Brasileira de Nefrologia.	No setor Renal de 2009 a 2016 trabalhei no maior centro de transplantes renais do mundo, Hospital do Rim. Fui preceptora da Residência de Nefrologia da UNIFESP de 2012 a 2016. Tenho consultório de Nefrologia desde 2013	12 anos
Entrevistado 6	Médico pela UFPEL, Administração pela Getúlio Vagas	Diretor Médico Operacional	25 anos
Entrevistado 7	Administração de empresas	Industria Hospitalar e serviços	12 anos

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Em linha Cooper e Schindler (2011) e Lakatos & Marconi (2014) que afirmam a seleção dos entrevistados para a pesquisa deve ser feita com pessoas chave (*experts*), em determinada área de estudo.

Assim, no Quadro 9 descreve a experiência dos profissionais, especialistas em suas áreas de atuação para este estudo.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Das 7 entrevistas, 3 devolutivas foram via *email* e 4 foram realizadas presencialmente. As entrevistas foram desenvolvidas por meio de questionário previamente elaborado e estruturado, semiaberto.

Os entrevistados tiveram oportunidade de discorrer sobre o tema, permitindo que fosse explorado detalhes subjetivos e sua perspectiva sobre o assunto.

Como observador participante, o pesquisador registrou anotações sobre os principais pontos das narrativas durante e logo após as entrevistas que presenciais.

4.1.1. OBJETIVO: Investigar quais são os métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doença Renal Crônica

O Quadro 10 tem as respostas para a pergunta que busca qual o método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC

Quadro 10 – Descrição dos métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC

Entrevistado	Descreva o método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC: reembolso por *fee for service* (procedimento), reembolso por *performance* (produtividade), ou outros.
Entrevistado 1	Público: FFS; Privado: FFS ou Bundle
Entrevistado 2	No mercado público o reembolso da DRC é FFS, sendo feita por meio de tabelas médicas (AMB, CBHPM ou SUS), já na esfera privada também ocorre FFS com tabelas de Mat/Med: Brasindice e SIMPRO. Há casos também de negociação por procedimento médico (Bundle), ouço muito pouco falar de pagamento por performance. Na verdade, muito se fala de pagamento por performance, mas na prática, raramente se vê.
Entrevistado 3	No setor privado, o reembolso é fundamentalmente do tipo FFS. Poucas iniciativas diferentes, todas bem incipientes de PFP (performance). No setor público, o SUS remunera os prestadores segundo uma tabela fixa pelos serviços prestados.
Entrevistado 4	Para os pacientes privados o método de reembolso é tipo FFS. Para os pacientes do SUS o reembolso é feito via pacotes e captação na atenção primaria
Entrevistado 5	Remuneração por FFS(procedimento), remuneração por performance (produtividade), por pacote ou outros.
Entrevistado 6	1-FFS 2-Capitação 3-Remuneração por pacote
Entrevistado 7	FFS

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Segundo os dados compilados no Quadro 10, atualmente, os métodos de reembolso em uso para pagamento de serviços de saúde na doença Renal Crônica são:

- **O Método por Procedimentos:**

  Conhecido como *Fee-for-service* (FFS), no meio da saúde, este método é usado primordialmente pelo setor público e como principal método no setor privado. Onde os valores reembolsados das fontes pagadoras fazem parte de tabelas médicas (AMB, CBHPM, SUS, Brasindice e SIMPRO).

  No setor Público que atualmente é o maior pagador este modelo de pagamento não leva em consideração as diferencias regionais: desenvolvimento – que acaba gerando preços de serviços diferenciados; distância dos centros urbanos – outro fator que acaba gerando diferentes custos no setor.

  Baixa coleta de dados e disponibilidade das mesmas, gerando uma grande incerteza no setor e a incapacidade de gestores entenderem onde se pode buscar melhorias.

- **O método pacote**:

  Conhecido como *Bundle*, onde se busca estabelecer uma lista previamente estabelecido de procedimentos e insumos reembolsável por tratamento de saúde (doença ou cirurgia). Nas entrevistas foi notado que este método de reembolso tem forte presença quando fontes pagadoras privadas (seguradores e planos de saúde) se associam aos provedores de serviços (hospitais), esta associação ocorre geralmente quando é criado um grupo único que gerencia as duas pontas. Parece que o modelo de reembolso por pacote é uma forma de buscar controle e eficiência na cadeia.

Não foi possível observar que Métodos de Reembolso por Performance estão em uso, no decorrer desse Capítulo serão observados os motivos e os desafios para sua adoção.

As informações trazidas pela entrevista com os especialistas elencadas no Quadro 10 corroboram com os estudos de Prendergast (1999), que descrevem como os principais Métodos de Reembolso: Procedimentos, Pacotes e Capitação e por Performance.

4.1.2. OBJETIVO: Descrever o componente métodos de reembolso na prestação de serviço de saúde no mercado da doença Renal Crônica

Com o intuito de descrever o componente métodos de reembolso atualmente em uso na prestação de serviços de saúde no mercado da doença Renal Crônica, foram elaboradas duas perguntas com suas respectivas respostas abaixo:

- Quadro 11 – Descrever os principais problemas dos métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC.
- Quadro 12 – Os métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC estimulam a produtividade no setor da saúde.

Quadro 11 – Descrever os principais problemas dos métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC.

Entrevistado	Descreva os principais problemas do método de reembolso
Entrevistado 1	No FFS o principal problema é o desperdício de recursos na saúde: Quanto maior o uso, maior o valor recebido pelo prestador. O desfecho clínico/resultado não é o foco, mas a rentabilidade do procedimento para o prestador de serviço.
Entrevistado 2	No FFS o principal problema é o incentivo à produção, sem garantia de qualidade. Em outras palavras, prêmio a quantidade, sem necessariamente agregar valor / qualidade. É um modelo que premia a doença e não a saúde. Quanto mais doente, mais complicações, mais reinternações, mais gera lucro para os prestadores de serviço. Logo, o sistema de saúde entra em colapso e a conta não fecha.
Entrevistado 3	Em termos públicos, há uma insatisfação grande por parte dos prestadores pelo fato de as tabelas do SUS estarem defasadas. No setor privado, há a possibilidade de negociações entre prestadores e pagadores para estabelecimento dos contratos. Os tamanhos relativos entre prestadores e pagadores determinam para que lado a balança vai pender nestas negociações. Grandes hospitais privados terão sempre mais força que pequenos hospitais ou clínicas renais.
Entrevistado 4	O pagamento das sessões de hemodiálise, baseado no sistema de procedimentos, não tem qualquer monitoramento dos resultados clínicos. Os pacientes são atendidos de forma protocolar e a atenção mais precisa de sua condição de saúde só se apresenta quando há complicações. Não há qualquer incentivo a uma melhoria das condições de tratamento ou da otimização dos serviços. Ao contrário, o pagamento por procedimentos incentiva que o prestador de serviços invista mais na redução dos preços pagos por produtos e serviços do que na qualidade e redução de riscos.
Entrevistado 5	No Brasil, e remuneração pelo SUS é inviável: além de pequena, não leva em conta a produtividade. 2. No setor privado, há alguns centros que consideram a produtividade, porem o maior problema é a "normatização" de trabalho médico por CNPJ, e não CLT, como prevê a lei.
Entrevistado 6	1-FFS: para uma gestão adequada está fora de cogitação, é letra morta, é um modelo superado e que para qualquer tipo de gestão em saúde incluindo DRC é de alto risco para custos e nada agrega ao paciente. 2-Capitação: A gestão de custos com qualidade adequada para os pacientes portadores de DRC pode ser levado a efeito em um modelo amplo ou restrito. No caso do modelo amplo a DRC é um dos componentes da dotação estabelecida para a capitação comtemplando a gestão global da saúde de determinada população, existe a vantagem de se jogar com a frequência de eventos. Isso significa você destinar o dinheiro disponível de forma flexível para vários vetores geradores de custos de acordo com a frequência do momento. Os

	cálculos para a viabilidade são importantes, contudo considerando-se a amplitude do progresso acaba sendo um fator menos implacável do que no caso de ser restrito a DRC. No caso de ser escolhido o modelo restrito a DRC, os cálculos para o montante de dinheiro necessário para fechar a conta devem ser mais acurados e devem ter como base as frequências históricas da DRC em população semelhantes considerando-se faixa etárias e número de indivíduos de quem se pretende fazer a gestão. 3-Remuneração por pacote – é um modelo em que se estabelece um montante de dinheiro para o atendimento da população em foco, na maioria das vezes combinando um limite de produção para cima ou para baixo. Quando para baixo o prestador fica com um debito com o comprador do serviço, quando para cima o comprador do serviço fica com um credito com o prestador de serviço. E um modelo que de acordo com o crescimento ou retração do tamanho do comprador do serviço exige renegociações frequentes (isso ocorre via de regra na dependência de aquecimento ou esfriamento da economia ou fato comercial relevante positivo ou negativo). Consideração: tanto o modelo 2 como o 3 tem densidade para ter boa performance quando bem executados.
Entrevistado 7	Não favorece soluções custo efetiva para pagadores e stakeholders. Visa volume e não apresenta mecanismos de garantia de qualidade e custo eficácia. As operadoras e pagadores pagam mesmo valor para clinicas com maior qualidade ou menor qualidade. Exemplo: hospitalização, mesmo gerando custo secundários para o pagador.

Fonte: Elaborado pelo autor (2108).

Quadro 12 – Os métodos de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC estimulam a produtividade no setor da saúde.

Entrevistado	Na sua opinião o método de reembolso atualmente em uso no mercado da DRC estimula a busca de produtividade para o setor de saúde (melhoria de saúde dos pacientes com menor custo)?
Entrevistado 1	Não. Na maioria dos casos, a clínica prefere tratar o paciente crônico por meio de HD, pois esse procedimento tem uma margem maior para o serviço do que DP. Pacientes tratados com DP têm sobrevida similar àqueles tratados com HD convencional; A Função Renal Residual (FRR) é melhor preservada em pacientes tratados em DP vs. pacientes tratados em HD; A hospitalização por peritonite em pacientes em DP é menor que hospitalização por infecção de acesso vascular em HD; Pacientes em PD têm custos de internação e ambulatoriais menores vs. pacientes em HD. Estudo realizado no Brasil mostrou que os custos de DP são 2% a 5% mais baixos que HD; O paciente em HD faz sessões de 4 horas 3x por semana em uma clínica, o paciente em DPA pode fazer 1 sessão noturna diária de 8h enquanto dorme, ou seja, pode ter uma vida normal (trabalhar, estudar, etc.).
Entrevistado 2	Com certeza, não! É ainda muito incipiente no Brasil a implementação efetiva de modelos de remuneração que incentive a performance ou valor.
Entrevistado 3	Não. Pelo contrário. O modelo FFS atua justamente em sentido contrário.
Entrevistado 4	Não. O único estimulo à produtividade provém da máxima rotatividade de pacientes por unidade de tempo usada nas sessões de hemodiálise.

Entrevistado 5	Infelizmente não.
Entrevistado 6	Os métodos praticados na gestão da DRC buscam a produtividade e também o resultado calculado em escala e exigem dos protagonistas competência de gestão. Quanto a melhora da saúde em se considerando as responsabilidades técnicas e éticas na execução doo serviço não é um item a ser optativo, a não ser que se tenha espaço para o delito técnico e ético e prejuízo dos pacientes com DRC, o que é crime e como tal passivo de punição considerando que os desfechos possíveis são os vários níveis de sequela culminando eventualmente com óbito. Trate-se de manejar o paciente com DRC com correção técnica ai melhor custo possível e aqui se inserem o ganho em escala, a busco por parceiros com tabelas de insumos competitivas e a competência do gestor.
Entrevistado 7	Não

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Assim, os Quadros 11 e 12 nos mostra os problemas e desafios encontrados para o modelo por procedimentos FFS que é usado de forma preponderante:

O problema é o desperdício de recursos da saúde, quanto maior o uso, maior o valor recebido pelo prestador. O desfecho clínico/resultado não é o foco, mas a rentabilidade do procedimento para o prestador de serviço. Outro problema é o incentivo à produção, sem garantia de qualidade, é um modelo que premia a doença e não a saúde.

Resultados, que estão em concordância nos estudos de Devlin e Sarma (2008) que expõe o problema do incentivo produção no reembolso por procedimento, assim como Gosden et al (2001) expõem de forma similar que este modelo de reembolso não diferencia desempenho, qualidade ou eficiência.

Do ponto de vista dos prestadores de serviço há uma insatisfação grande por conta de defasagens das tabelas de reembolso. As tentativas de renegociar valores das tabelas ou esbarram na gestão pública de recursos quando a fonte pagadora é o governo ou esbarra na força das redes de hospitais, frente a pequenos hospitais ou clínicas renais, quando privado.

No tratamento da DRC as sessões de hemodiálise, baseado no sistema de procedimentos, não tem qualquer monitoramento dos resultados clínicos. O pagamento por procedimentos incentiva que o prestador de serviços invista mais na redução dos preços pagos por produtos e serviços do que na qualidade e redução de riscos.

Também no tratamento da DRC, na maioria dos casos, a clínica prefere tratar o paciente crônico por meio do procedimento de HD pois esse procedimento tem uma margem maior para o serviço do que do procedimento PD, mesmo que a sobrevida seja similar aos dois procedimentos e tendo alguns benefícios específicos da PD quando comparado HD.

NA DRC o único estimulo à produtividade provém da máxima rotatividade de pacientes por unidade de tempo usada nas sessões de hemodiálise. Estes resultados estão em concordância com os estudos de Jaine e Blake (2012), que apontam para uma prevalência na escolha do tratamento de DRC por HD, mesmo sendo similares em expectativa de vida quando comparado a PD.

4.1.3. OBJETIVO: Identificar as principais mudanças com respeito ao componente métodos de reembolsos no mercado da doença renal crônica

Com o intuito de identificar as principais mudanças com respeito ao componente métodos de reembolso no mercado da doença Renal Crônica, foram elaboradas três perguntas com suas respectivas respostas abaixo:

- Quadro13 – O Brasil seguirá a tendência dos países desenvolvidos de se pautarem em métodos de reembolso com ênfase em performance.
- Quadro 14 – Qual a percepção das mudanças para 20130, considerando as críticas ao modelo atual.
- Quadro 15– Há interessem ou não dos atuais *players* para ocorrerem mudanças para 2030.

Quadro 13– O Brasil seguirá a tendência dos países desenvolvidos de se pautarem em métodos de reembolso com ênfase em performance.

Entrevistado	Nos países desenvolvidos os métodos de reembolsos estão seguindo a tendência de se pautarem em *performance*. Você acredita que esse tipo de método será o principal a ser usado no Brasil em 2030? Justifique
Entrevistado 1	Há uma forte discussão atualmente sobre o modelo de remuneração atual na saúde no Brasil. Operadoras e Prestadores discutem novas formas de remunerar o serviço prestado. Motivo: O recurso hoje, por ser mal gerenciado, é insuficiente para atender a demanda, não pelo valor do orçamento que está disponível para a saúde no país (9% do PIB do Brasil), mas pelo uso irresponsável. Operadoras trabalham com taxa de sinistro acima dos 90%, o que torna a operação insustentável. Sem repassar aumento ao consumidor, a operação quebra. Se quebra o pagador, quebra a cadeia, pois sem paciente hospitais e prestadores de serviço quebram também, em seguida a indústria...etc. Modelos como Bundle (Pacote) e DRG são soluções para ajudar a virar o jogo. Devemos ver mudanças drásticas no modelo de remuneração em um cenário de 5 ano, ou o setor afunda. Bundle aparece como a opção mais viável (paga valor fixo sem considerar performance, como faz o sistema Unimed na maioria dos contratos).
Entrevistado 2	Com certeza, não temos outra alternativa; tanto para o Brasil, quanto para o Mundo.

Entrevistado 3	Não vejo alternativa senão acabar com o FFS. Não sei se podemos garantir que PFP será predominante ou se alguma outra modalidade vai surgir. Atualmente também percebe-se um aumento dos chamados 'pacotes'(bundle), e um aumento das discussões com vistas a DRG's.
Entrevistado 4	No plano da saúde em geral, sim. Essa pressão está vindo das operadoras de planos de saúde e elas tem força suficiente para fazer isso acontecer. A dúvida é: o modelo de bundle (pacote) a ser adotado para cada doença e para a DRC será adequado?
Entrevistado 5	Acredito que a bundle (pacote) seja a melhor forma de remuneração. Vejo esta tendência no setor privado (Amil, United Health)
Entrevistado 6	No Brasil (não tão desenvolvido) os gestores competentes da área de saúde só negociam FFS quando não tem absoluta outra opção. Se o panorama de 2030 for o de hoje os modelos serão por pacote (bundle) ou capitação, mas quase que certamente o cenário será outro e aí temos que considerar a evolução de métodos preventivos e o avanço da genética.
Entrevistado 7	Sim, entretanto o maior gargalo para a mudança é a falta de controle, integração e gerenciamento de dados relativos a qualidade e indicadores tanto nos provedores de saúde quanto pagadores.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Quadro 14 – Qual a percepção das mudanças para 2030, considerando as críticas ao modelo atual.

Entrevistado	Considerando as críticas ao método de reembolso atual, quais mudanças você percebe para o futuro em 2030?
Entrevistado 1	Idem: Há uma forte discussão atualmente sobre o modelo de remuneração atual na saúde no Brasil. Operadoras e Prestadores discutem novas formas de remunerar o serviço prestado. Motivo: O recurso hoje, por ser mal gerenciado, é insuficiente para atender a demanda, não pelo valor do orçamento que está disponível para a saúde no país (9% do PIB do Brasil), mas pelo uso irresponsável. Operadoras trabalham com taxa de sinistro acima dos 90%, o que torna a operação insustentável. Sem repassar aumento ao consumidor, a operação quebra. Se quebra o pagador, quebra a cadeia, pois sem paciente hospitais e prestadores de serviço quebram também, em seguida a indústria...etc. Modelos como Bundle (Pacote) e DRG são soluções para ajudar a virar o jogo. Devemos ver mudanças drásticas no modelo de remuneração em um cenário de 5 ano, ou o setor afunda. Bundle aparece como a opção mais viável (paga valor fixo sem considerar performance, como faz o sistema Unimed na maioria dos contratos).
Entrevistado 2	Modelo baseado em performance. Particularmente no Brasil, vejo forte tendência para o uso do DRG (*Diagnosis Related Groups*), modelo que traz consigo aumento de produtividade e a possibilidade de melhoria qualitativa dos hospitais em função de indicadores assistenciais que elevem a segurança do paciente. No futuro entendo que as doenças adquiridas, por exemplo, durante o período de internação causadas por eventos adversos evitáveis não serão mais remunerados, como já acontece atualmente nos EUA.
Entrevistado 3	Idem: Não vejo alternativa senão acabar com o FFS. Não sei se podemos garantir que PFP será predominante ou se alguma outra modalidade vai surgir. Atualmente também se percebe um aumento dos chamados 'pacotes'(bundle), e um aumento das discussões com vistas a DRG's.

Entrevistado 4	Estão surgindo movimentos que buscam melhorar a atenção aos pacientes e, com isso, reduzir as complicações e baixar custos. Entre as tendências mais visíveis estão o pagamento por bundles(pacote). No entanto, há uma grave falta de dados para dar suporte às iniciativas neste sentido, em toda a cadeia da saúde. Acredito que o tratamento da DRC na fase dialítica será, infelizmente, um dos últimos setores a ser atingido por isso, a menos que as empresas que fornecem produtos e serviços se movimentem para criar fatos novos. A razão para este pessimismo está no fato de que essa população é silenciosa. Sofre sem se queixar e também não tem um comparador para poder enxergar novas possibilidades
Entrevistado 5	Infelizmente não vejo mudanças no setor público. Quanto ao mercado privado, a expansão da prestação por serviço como empresa CNPJ.
Entrevistado 6	Projetar para 2030 é uma temeridade em qualquer tipo de atividade. Podemos considerar, no entanto alguns vetores que podem mudar significativamente a resultante que temos hoje: a evolução dos métodos preventivos; a evolução e inovações na área de genética que se caminharem em ritmo acelerado podem interferir tanto na frequência da DRC quanto na sua forma de tratamento. O que aconteceu e está acontecendo na área de oncologia pode servir para um raciocínio paralelo quanto ao que está sendo ponderado aqui.
Entrevistado 7	A necessidade de maior integração entre atenção primaria, especialidades e pagadores e maior controle de informações

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Quadro 15 – Há interessem ou não dos atuais players para ocorrerem mudanças para 2030.

Entrevistado	10. Qual a sua opinião sobre a existência ou não de interesse, por parte dos *players* do mercado da DRC, em modificar o método de reembolso praticado no futuro em 2030?
Entrevistado 1	O interesse é a sustentabilidade da cadeia. Ou muda, ou quebra.
Entrevistado 2	Percebo que há interesse, mas há muita desconfiança entre os players no cenário brasileiro. Todos têm medo de perder na mudança do modelo de pagamento. Por outro lado, não consigo visualizar sustentabilidade no longo prazo do modelo *fee for service* conta aberta. Mas, sem dúvida será um processo longo.
Entrevistado 3	Idem: Não vejo alternativa senão acabar com o FFS. Não sei se podemos garantir que PFP será predominante ou se alguma outra modalidade vai surgir. Atualmente também se percebe um aumento dos chamados 'pacotes'(bundle), e um aumento das discussões com vistas a DRG's.
Entrevistado 4	O interesse é absoluto! Planos de saúde e prestadores de serviços estão ansiosos para compartilhar riscos e custos com fornecedores de produtos e com os profissionais envolvidos com as ações de saúde. As fontes pagadoras, em especial, estão sendo os motores dessa mudança e ela virá, mais cedo ou mais tarde. No entanto, será necessário melhorar muito a área de informação em saúde.
Entrevistado 5	No setor privado, vejo interesse.
Entrevistado 6	A minha opinião é que se trata de uma incógnita. O que vai pautar a atitude dos *players*/protagonistas do mercado de DRC é como a ciência vai evoluir e, no caso da DRC especificamente que substitutivos estarão disponíveis para o manejo dos pacientes de DRC.

Entrevistado 7	As clinicas de diálise não possuem interesse em migrar o atual modelo, uma vez que não possuem nenhuma fiscalização/controle de qualidade por parte dos pagadores. Além deste fato, demandaria uma inversão de capital muito grande para elevar nível de sofisticação gerencial

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Analisando os três Quadros 13, 14 e 15 podemos identificar a percepção de mudanças para 2030 e o comportamento dos principais *players* com respeito ao componente métodos de reembolso no mercado da doença Renal Crônica para 2030:

No orçamento do Ministério da Saúde, que consome 9% do PIB, o tratamento da DRC já é o maior gasto isolado desse orçamento, portanto o montante de dinheiro é considerável, assim existem os recursos, o necessário é uma boa gestão desses recursos. Nos dados do Ministério da Saúde (2016) podemos comprovar o montante de recursos destinados a DRC no Brasil.

A opinião dos especialistas converge que mudanças precisam ocorrer com urgência, pois o modelo atual por procedimento está saturado e sem garantias de sustentabilidade, porém ao mesmo tempo existe uma desconfiança de que mudanças possam piorar para alguns dos *players* da cadeia.

As operadoras de planos de saúde já trabalham com uma taxa de sinistros de 90%, portanto sua margem para lucro mais gastos administrativos estão achatadas nos 10% restantes, gerando uma percepção de insustentabilidade.

Há de se buscar o equilíbrio na cadeia (*players*) de saúde para DRC (operadoras de saúde, hospitais / clinicas e indústria de medicamentos / insumos). Um ponto importante é o compartilhamento dos riscos do negócio entre os *players,* que por falta de transparência de informação, existe muita resistência. Esse aspecto encontrado na literatura estudada por parte de Okazaki (2006), que alerta que o gerenciamento do risco entre os *players* da cadeia é crítico na escolha dos métodos de reembolso.

Para os próximos anos existe uma tendência de soluções de reembolso que não são puramente por performance já que não existem prêmios decorrente de boa gestão, mas que embutem critérios de controle de gastos.

É o caso do método de reembolso por pacote (*Bundle)* associado a uma sistema de gestão de custos chamado de DRG (*Diagnosis Related Groups*), em uso nos Estados Unidos e agora em expansão no Brasil, permitindo um controle dos gastos por parte das operadoras de planos de saúde e os provedores (hospitais e clínicas).

Este modelo de gestão utilizando-se do método de reembolso por pacote (Bundle) se intensificou nas aquisições por parte das operadoras de saúde (seguradoras e planos de saúde)

das prestadoras de serviços (redes de hospitais). Esta verticalização do negócio permitiu implementar sistemas de gestão em toda da cadeia, por meio de um controle dos gastos em sua gestão.

Dessa forma pode ser criar pacotes com custos fixo, esses pacotes seriam uma forma de premiar o provedor de serviço que consiga realizar o procedimento com menor custo ou do outro lado "punir" um provedor de serviço que gaste mais por ineficiência, ou mesmo intercorrências decorrentes de má gestão da saúde dos pacientes que não estão "dentro" do pacote acordado, gerando outra "punição" a má gestão.

Na literatura estudada existe ressonância com os estudos de Robinson (2001), que ressalta um ponto positivo na adoção dessa modalidade por ter um valor de tratamento fixo gerando previsibilidade das despesas, forçando o agente (prestador do serviço) a ter um melhor gerenciamento da assistência prestada e controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento pactuado.

Um ponto colocado de preocupação é de que essa população da doença Renal Crônica é silenciosa, ocasionando uma certa conformidade com a situação atual.

4.1.4. OBJETIVO: Construir recomendações que possam auxiliar os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável

Com o intuito de identificar recomendações que possam auxiliar os tomadores de decisão foi elaborado a pergunta abaixo com suas respectivas respostas:

Quadro 16 – Quais as recomendações para os Stakeholders para mitigar incertezas no método de reembolso a ser utilizado em 2030.

Quadro 16 – Quais as recomendações para os Stakeholders para mitigar incertezas no método de reembolso a ser utilizado em 2030.

Entrevistado	Quais recomendações você daria para os *stakeholders* (tomadores de decisão) para mitigar as incertezas do método de reembolso utilizado em 2030?
Entrevistado 1	Transparência. Os números devem ser compartilhados. O prestador precisa entender que a sustentabilidade do setor depende de bom senso e clareza nos números. Não é razoável por exemplo, um hospital comprar um equipo de bomba de infusão por R$ 20,00 e repassar ao plano de saúde por R$ 1.000,00. É preciso ter um racional claro e justo para todos os players, uma relação ganha-ganha.
Entrevistado 2	Na minha opinião duas questões essenciais: informação e transparência. A informação com qualidade para visualizar o cenário atual e os possíveis ganhos (*saving*) e transparência nas relações para diminuir as incertezas, dúvidas e desconfianças. Tudo isso associado a metodologia de remuneração madura que foque na segurança do paciente e, portanto, no ganho em performance / desfecho clínico.

	Trabalhar em sinergia prestadores de serviços e pagadores (planos de saúde Buscar transparecia de informações para que o custo da desconfiança diminua. Buscar uma gestão mais profissional com administradores, utilizado se dados e informações e não uma gestão por intuição. Jogar limpo nas negociações, buscando uma relação de ganha-ganha. Ter gestores com disposição para mudanças reais. Buscar modelos de gestão, um bom exemplo é o DRG.
Entrevistado 3	Creio que seja urgente haver discussões conjuntas entre os 3 principais grupos de stakeholders: pagadores, prestadores e fornecedores. É consenso que o atual sistema não é sustentável no médio prazo. Em alguns casos, nem mais no curto prazo. Mas esta é a única certeza que se tem. Com relação a qual/quais o(s) melhor(es) modelo(s) de pagamento, não existe consenso. Mesmo em países mais desenvolvidos nesta área há certezas. PFP não é consenso, pois muitos autores dizem que o modelo favorece motivações extrínsecas, mas podem prejudicar as motivações intrínsecas dos prestadores (médicos). Além disso, os custos associados às medidas para gestão do PFP também podem se tornar altos.
Entrevistado 4	Buscar alternativas de gestão, estabelecer parcerias dos players com informação.
Entrevistado 5	Geração de dados sólidos a respeito da saúde no Brasil, assim poderemos criar *bundles*
Entrevistado 6	Para que fiquem atentos para a evolução cientifica que envolve a DRC tanto no âmbito da genética como da farmacologia.
Entrevistado 7	Integração entre os níveis primário, secundário e terciário de saúde e maior controle de qualidade.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Analisando o Quadro 16 pode-se identificar as recomendações dos especialistas frente aos desafios que o negócio Renal Crônico representa:

- **Transparência de informações entre os *players:***

O modelo de negócio estudado possui três grupos distintos: os agentes pagadores (seguradoras e planos de saúde), os prestadores dos serviços de saúde (que são os hospitais e clinicas renais) e por fim temos a indústria provendo os insumos e medicamentos para os tratamentos.

A transparência de informações é o compartilhamento dos números: quantidade e tipo de atendimentos, procedimentos, insumos, medicamentos, tempo, intercorrências, custos associados, etc.

Ocorre que na percepção desses mesmos *players* a informação e algo estratégico para cada um, a desconfiança é muito grande e cada *player* enxerga somente o seu pedaço sem se preocupar com o resto do sistema.

Apensar de que alguns dos entrevistados entenderem que a sobrevivência do modelo depende de todos, ainda assim a desconfiança é grande.

Alguns exemplos exitosos têm ocorrido quando existe uma verticalização (fontes pagadoras e prestadores passam a fazer parte do mesmo grupo), nesse caso o "grupo" impõe regas claras de gestão para beneficiar todo o modelo e a buscar por eficiência.

- **Trabalho em sinergia entre os *players:***

Os *players* do negócio devem trabalhar em sinergia, buscando formas de que isso ocorra, compartilhamento de informações seria uma forma. Existe uma percepção geral dos especialistas de que para superar o modelo atual de reembolso por procedimento é necessário ter a colaboração e uma ação integrada dos *players*.

Quando analisamos os estudos acadêmicos de modelos de negócios, podemos identificar ressonância. Para Lehmann-Ortega e Schoettl (2005) a arquitetura de valor está relacionado a cadeia de valor externo, assim como Johnson et al. (2008) as parcerias representam recursos chaves necessário para entregar uma preposição de valor ao cliente.

- **Profissionalismo no setor de administração:**

Ficou evidente nas entrevistas que o setor carece de profissionalismos dos gestores que possuem a responsabilidade por gerar não só a situação atual, mas as mudanças necessárias. Foi percebido que a vinda de capital externo (via aquisições de grupos de saúde a empresas nacionais) está contribuindo para a aceleração desse profissionalismo. Uma evidencia é a pratica de grupos de saúde na utilização da ferramenta DRG (*Diagnosis Related Groups).* Esta ferramenta já utilizada em larga escala nos Estados Unidos para a gestão de custo de plano de saúdes e hospitais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Fechamento do trabalho.

Este Capítulo inicia a partir de uma reflexão sobre os objetivos iniciais da pesquisa, aos quais compreendem:

- Investigar quais são os métodos de reembolso mais relevantes utilizados atualmente no mercado da prestação de serviço a doenças;
- Descrever o componente métodos de reembolso na prestação de serviço de saúde no mercado da doença renal crônica atual;
- Identificar as principais mudanças para o futuro, com respeito ao componente Métodos de reembolsos, no mercado da doença renal crônica com vistas a 2030.
- Construir recomendações que possam auxiliar os *stakeholders* a diminuírem suas incertezas sobre o caminho previsto mais provável.

A Doença Renal Crônica (DRC) é um tema que apensar de não aparecer na mídia com tanto alarde como outras doenças crônicas, tem se tornado um tema de muita preocupação para toda a cadeia de saúde (dos pagadores, prestadores de serviços e da indústria de insumos).

Os diversos indicadores nos mostram o tamanho do problema da DRC assim como dos desafios da gestão da saúde em todo o mundo e no Brasil decorrentes desse tema:

- Aumento ano a ano, não só no mundo como no Brasil, dos custos de saúde.
- Aumento ano a ano no Brasil do percentual do PIB gasto com saúde, isso quer dizer que cada ano a saúde está consumindo mais recursos do país.
- Aumento dos números de pacientes com DRC ano a ano no Brasil.
- Aumento da prevalência da doença renal no Brasil, e que ainda é pequena comparada ao resto do mundo.

Inicialmente havia a expectativa desse trabalho vislumbrar o cenário atual de utilização do método preponderante de reembolso chamando de “por procedimento” e isso se confirmou, mostrando os problemas que esse método possui e inclusive comprovando todos os estudos acadêmicos que expõem esses problemas.

Também do ponto de vista de métodos de reembolsos havia a expectativa de que métodos que incorporassem “performance” pudessem já estarem sendo utilizados em alguma frequência. O que se confirmou foi de que sim métodos que premeiam performance é o caminho ou melhor dizendo o destino, o que que me pareceu foi de que pensar puramente em performance esbarra em muitas questões, inclusive de ética medica quando se busca o melhor

tratamento médico e ao mesmo tempo racionalizar os recursos e por fim criar mecanismos de prêmios.

O que foi descoberto nessa pesquisa foi que muitos *players* estão buscando procedimentos e sistemas de controle dos gastos e assim criar mecanismos de reembolso pautados sobre uma base de conhecimento. O método que se encaixa nessa opção é o de "pacotes", porém só é possível se o *player* tiver o conhecimento muito detalhando de todos os itens gastos dentro de procedimentos, doenças ou cirurgias. O sistema que está sendo difundido no mercado para esse propósito é o DRG (*Diagnosis Related Groups).*

Foi interessante notar que um dos problemas identificados foi justamente o compartilhamento de informações entre os diferentes *players* nesse modelo de negócio (fontes pagadoras, provedores dos serviços e indústria de suprimentos). Nos estudos acadêmicos sobre modelos de negócios esse tema de conhecimento e seu compartilhamento foi algo estudado e caroba para esclarecer de que a era do conhecimento (ao qual nos encontramos atualmente) possibilita as empresas atuarem em rede é assim potencializarem o valor aos seus clientes e também possibilita um valor adicional com seus parceiros.

Porem esse compartilhamento de informações entre os diferentes *players* não parece ser uma tarefa fácil, pois cada *player* trata o conhecimento como algo estratégico e é fácil de entender que isso é verdade na medida em que os ganhos de cada *player* (fontes pagadoras, provedores dos serviços e indústria de suprimentos) e suas margens de lucro seriam facilmente expostos. Apensar desse tema de compartilhamento de dados ser consenso as experiências são poucas, onde se vê isso ocorrendo são casos de verticalização do negócio, pois quando se tem o mesmo mantenedor em diversas níveis da cadeia a informação flui de forma mais transparente.

Por último, mas não menos importante, é o anseio dos todos de que os profissionais que atuam nesse segmento possam buscar se profissionalizar e que tenham uma visão de administradores e estudos acadêmicos que possam auxiliarem esses tomadores decisões.

5.1.1. Limitações do trabalho.

Quanto às limitações deste estudo:

O número de respondentes nas etapas de pesquisa de campo, sim foram contatadas uma quantidade maior de entrevistados, porém na pratica a quantidade de respondentes se limitou a sete, porém com bastante qualidade.

Outra limitação foi o de não explorar nessa pesquisa a visão e os problemas enfrentados no setor público, já que é nesse setor que se encontra o maior montante gasto. Essa limitação se deu pela complexidade do setor público e da dificuldade de acesso aos tomadores de decisão nesse setor.

Em contrapartida, o setor privado é mais dinâmico e aberto a mudanças e durante as entrevistas a compreensão que tive foi de que muito provavelmente as mudanças ocorrerão inicialmente no setor privado e depois migrarão para o setor público.

Portanto a limitação não inviabilizou a pesquisa e sim uma delimitação do estudo.

5.1.2. Delimitações do trabalho

Este estudo buscou entender as dificuldades enfrentadas no modelo de negócios da DRC com os *players*: fontes pagadoras (seguradoras/planos de saúde) prestadores de serviços (hospitais e clinicas) e por fim da indústria de suprimentos.

Um recorte no componente de métodos de reembolso e, por fim, entender as dificuldades dos especialistas entrevistados e elaborar recomendações pensando em um intervalo de 12 anos até 2030.

5.2. Sugestão de pesquisas futuras

Devido ao grande impacto que possui esse tema para a administração pública um estudo interessante seria o de elaborar um modelo de gestão para que essa transformação buscando eficiência ocorresse.

Outro estudo seria de um modelo de gerenciamento das informações requeridas para este modelo de negócio.

REFERÊNCIAS

AFUAH, A.; TUCCI, C. L. ***Internet business models and strategies:*** *Text and cases.* [S.l.]: McGraw-Hill Higher Education, 2001.

AMIT, R.; ZOTT, C. *Value creation in e-business*. **Strategic Management Journal,** 22(6-7),493-520. doi: 10.1002/smj.187, 2001.

ANDRADE, R. O. B. de; AMBONI, N. **Estratégias de gestão:** processos e funções do administrador. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2010.

APPLEGATE, L. M. ***E-business Models****: Making sense of the Internet business landscape,* In G. Dickson, W. Gary, and G. De Sanctis (Eds.), Information Technology and the future enterprise: New models for managers, Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2001.

ASPARA, J. et al. ***Corporate business model transformation and inter-organizational cognition:*** *the case of Nokia*. Long Range Planning, v. 46, n. 6, p. 459-474, 2013.

AUER, C.; FOLLACK, M. (2002) *Using Action Research for Gaining Competitive Advantage out of the Internet's Impact on Existing Business Models, In the* ***Proceedings of the 15th Bled Electronic Commerce Conference*** *– eReality: Constructing the eEconomy, Bled, Slovenia,* Jun 17 – 19, 2002, pp. 767-784, 2002.

AVERSA, P. et al. *From business model to business modelling: Modularity and manipulation. In:* ***Business models and modelling. Emerald Group Publishing Limited,*** p. 151-185, 2015.

AZIZ, S. A.; FITZSIMMONS, J.; DOUGLAS, E. ***Clarifying the business model construct***. AGSE. Anais p.795-813. http://en.scientificcommons.org/50717656, 2008.

BADEN-FULLER, C.; MORGAN, M.S. ***Business models as models***. *Long range planning,* v. 43, n. 2, p. 156-171, 2010.

BAILEY, K. D. ***Typologies and taxonomies****: an introduction to classification techniques. Sage*, 1994.

BASTOS, M. G. et al. **Doença renal crônica:** problemas e soluções. J Bras Nefrol, v. 26, n. 4, p. 202-15, 2004.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; MASTROIANNI KIRSZTAJN, G. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2010.

BETHLEM, A.S. **Estratégia empresarial:** conceitos, processo e administração estratégica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BLAU, Peter Michael; SCOTT, W. Richard. ***Formal organizations: A comparative approach***. Stanford University Press, 1962.

BOCK, A. J. et al. *The effects of culture and structure on strategic flexibility during business model innovation.* ***Journal of Management Studies,*** v. 49, n. 2, p. 279-305, 2012.

BRASIL. **Portaria 389 de 13 de março de 2014.** Dispõe sobre os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). Brasília, DF, 2014.

CASADESUS-MASANELL, R.; RICART, J. *Competing through business models.* ***papers.ssrn.com. Navarra.*** Retrieved from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1115201, 2007.

CASADESUS-MASANELL, R.; RICART, J. E. ***From Strategy to Business Models and onto Tactics. Long Range Planning***, v. 43, n. 2-3, p. 195-215. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.lrp.2010.01.004, 2010.

CASADESUS-MASANELL, R.; RICART, J. E. *How to design a winning business model.* ***Harvard business review,*** v. 89, n. 1/2, p. 100-107, 2011.

CASTRO, A.M.G. de et al. *La dimensión de futuro en la construcción de la sostenibilidad institucional. Serie Innovación para la sostenibilidad institucional (apoyo del ISNAR, COSUDE y Ministerio de las Relaciones Exteriores de los Países Bajos* - DGIS). San José, Costa Rica*:* ***Projecto ISNAR "Nuevo Paradigma".*** 2001.

CAVALCANTE, S.; KESTING, P.; ULHØI, J. ***Business model dynamics and innovation:****(re) establishing the missing linkages. Management Decision*, v. 49, n. 8, p. 1327-1342, 2011.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.4, pp.639-649. ISSN 1518-8787. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007> Acesso em 17 Mai. 2016.

CHESBROUGH, H.; ROSENBLOOM, R. S. ***The role of the business model in capturing value from innovation:*** *evidence from Xerox Corporation's technology spin-off companies. Industrial and Corporate Change*, v. 11, n. 3, p. 529-555. doi: 10.1093/icc/11.3.529, 2002.

CHESBROUGH, H. ***Business model innovation****: it's not just about technology anymore. Strategy & leadership*, v. 35, n. 6, p. 12-17, 2007.

CHESBROUGH, H. *Open business models: How to thrive in the new innovation landscape.* ***Harvard Business Press***, 2006.

CHESBROUGH, H. *Open innovation.* ***Harvard Business Press***, 2003.

CHRISPINO, A. **Cenários futuros e cenários para educação**: um exemplo aplicado à educação média. 2001.

COOMBES, PH; NICHOLSON, JD. *Business models and their relationship with marketing: A systematic literature review.* ***Industrial Marketing Management****.* 42, 5, 656-664, July 2013.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa:** Escolhendo entre Cinco Abordagens. Penso Editora, 2014.

CRISTO, C. M. Prospecção estratégica: instrumento para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÍON PUBLICA,** 7., 2002, Lisboa. Anais... Lisboa, 2002.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 10ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2011. 762 p.

CUHLS, K.; GRUPP, H. ***Status and prospects of technology foresight in Germany after ten years.*** 2001. Disponivel em: <http://www.urenio.org/e-innovation/stratinc/str_intel_articles.html>. Acesso em: 30 jan. 2010.

DA SILVA SOUZA, I. D.; TAKAHASHI, V. P. A visão de futuro por meio de cenários prospectivos: uma ferramenta para a antecipação da inovação disruptiva. ***Future Studies Research Journal: Trends and Strategy,*** v. 4, n. 2, p. 102-133, 2012.

DEMIL, B.; LECOCQ, X. ***Business model evolution:*** *in search of dynamic consistency. Long range planning*, v. 43, n. 2, p. 227-246, 2010.

DUBOSSON□TORBAY, M.; OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. *E□business model design, classification, and measurements.* ***Thunderbird International Business Review,*** v. 44, n. 1, p. 5-23, 2002.

DUNFORD, R.; PALMER, I.; BENVENISTE, J. ***Business model replication for early and rapid internationalisation:*** *The ING direct experience. Long Range Planning*, v. 43, n. 5, p. 655-674, 2010.

ECKHARDT, J. T. ***Opportunities in business model research. Strategic Organization***, v. 11, n. 4, p. 412-417, 2013.

EISENHARDT KM. SULL DN. *Strategy as simple rules.* ***Harvard Business Review***, 79 (1), 107–116, 2001.

ETZIONI, A. **Comparative analysis of complex organizations, rev**. Simon and Schuster, 1975.

Fraser, M. T., & Gondin, S. M. (2004). **Da Fala do Outro ao Texto Negociado:** Discussões Sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa. Paidéia, pp. 139 - 152.
FLYNN, B. B. et al. Empirical research methods in operations management. **Journal of operations management**, v. 9, n. 2, p. 250-284, 1990.

GAMBARDELLA, A.; MCGAHAN, A. M. ***Business-model innovation***: *General purpose technologies and their implications for industry structure. Long range planning*, v. 43, n. 2, p. 262-271, 2010.

GARDNER, J. M. *Educators, electrons and business models: a problem in synthesis.* ***Accounting Review***, v.35, n.4, 1960.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GIOVINAZZO, R.A.; FISCHMANN, A.A. Delphi eletrônico: uma experiência de utilização da metodologia de pesquisa e seu potencial de abrangência regional. In: **CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ESTRATÉGIA**, 14., 2001, Anais... Buenos Aires, 2001.

GODET, M. *From Forecasting to "La Prospective": a New Way of Looking at Futures.* ***Jounal of forecasting*****,** v. 1, n. 3, p. 293-301, 1982.

_____. **Manual de prospecção estratégica:** da antecipação à acção. Lisboa: Dom Quixote, 1993, 405 p.

GODOY, M.: BALDINOTTO NETO, G.; RIBEIRO, E.P. **Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil.** 2006. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006_01.pdf>. Acesso em 17 Mai. 2016.

GOVERNO DO PIAUÍ. **Manual de Diálise /** Serviço de Nefrologia do HGV. Março de 2012. <http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_43447dbcff.pdf> Acesso em 17 Mai. 2016.

GRASSL, W. *Business models of social enterprise: A design approach to hybridity.* ***ACRN Journal of entrepreneurship perspectives***, v. 1, n. 1, p. 37-60, 2012.

GRISI, C. C. de H.; BRITTO, R. P. de. Técnica de cenários e o Método Delphi. São Paulo: **Semead,** 2003.

HAAS, J. Eugene; HALL, Richard H.; JOHNSON, Norman J. Toward an empirically derived taxonomy of organizations. **Studies on behavior in organizations**, p. 157-180, 1966.

HAMEL, G. *Leading the Revolution,* ***Harvard Business School Press,*** Boston, (2000).

HEDMAN, J. KALLING, T. *The business model concept: theoretical underpinnings and empirical illustrations.* ***European journal of information systems*****,** v. 12, n. 1, p. 49-59, 2003.

HOQUE, F. ***The alignment effect:*** *How to get real business value out of technology*. Ft Press, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAIN, A.K.; BLAKE, P. *Global Trends in Rates of Peritoneal Dialysis*. ***Journal of the American Society of Nephrology***, Março de 2012. ttp://jasn.asnjournals.org/content/23/3/533.full?sid=016a0fac-011f-4976-83b7-bea7284855f9 Acesso em 17 Mai. 2016.

JOHNSON, Mark W.; CHRISTENSEN, Clayton M.; KAGERMANN, Henning. *Reinventing your business model*. **Harvard business review**, v. 86, n. 12, p. 57-68, 2008.

JONES, C. A. et al. *Serum creatinine levels in the US population: third National Health and Nutrition Examination Survey.* ***American Journal of Kidney Diseases,*** v. 32, n. 6, p. 992-999, 1998.

KAROPADI, A. N. et al. *Cost of peritoneal dialysis and haemodialysis across the world.* **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 28, n. 10, p. 2553-2569, 2013.

KAUARK, F. da S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. 2010.

KUJALA, S.; ARTTO, K.; AALTONEN, P.; TURKULAINEN, V. *Business models in project-based firms – Towards a typology of solution-specific business models*. ***International Journal of Project Management***, v. 28, n. 2, p. 96-106. Elsevier Ltd and IPMA. doi: 10.1016/j.ijproman.2009.08.008, 2010.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, p. 225, 2014.

LAMBERT, S. *Do We Need a'Real'Taxonomy of e-Business Models*?. **School of Commerce, Flinders University**, 2006.

LEHMANN-ORTEGA, L.; SCHOETTL, J. ***From buzzword to managerial tool:*** *the role of business model in strategic innovation.* CLADEA, Santiago de Chile. Anais... . p.1-14. Santiago. Retrieved from <http://www.iae.univ-lille1.fr/SitesProjets/bmcommunity/Research/Businessmodelsantiago.pdf>, 2005.

LINDER, J. C., CANTRELL, S. *Changing Business Models: Surveying the Landscape,* ***Institute for Strategic Change*****,** Accenture, 2001.

MAGRETTA, J. *Why Business Models Matter,* ***Harvard Business Review****,* Mai. pp. 86-92, 2002.

_____. *Why business models matter*. ***Harvard business review,*** p. 3-8. Retrieved from http://www.thetawer.com/wiki/images/8/8c/Why_Business_Models_Matter.pdf, 2002.

MARCIAL, E. C.; GRUMBACH, R. J. S. **Cenários prospectivos:** como construir um futuro melhor. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MARCONI, M. de A. et al. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

MARKIDES, C. C. *Business model innovation: what can the ambidexterity literature teach us***? The Academy of Management Perspectives,** v. 27, n. 4, p. 313-323, 2013.

MARTINS, L. L.; RINDOVA, V. P.; GREENBAUM, B. E. *Unlocking the hidden value of concepts: a cognitive approach to business model innovation.* ***Strategic Entrepreneurship Journal***, v. 9, n. 1, p. 99-117, 2015.

MCGRATH, R. G. *Business Models: A Discovery Driven Approach.* ***Long Range Planning***, v. 43, n. 2-3, p. 247-261. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.lrp.2009.07.005, 2010.

MCKELVEY, B. *Organizational systematics--taxonomy, evolution, classification.* ***Univ of California Press,*** 1982.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MEZZICH, J. E.; SOLOMON, H. ***Taxonomy and behavioral science:*** *Comparative performance of grouping methods. Academic Pr*, 1980.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portal da saúde:** Ministério da Saúde reajusta valor para procedimentos de nefrologia. 2016.<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27055-ministerio-da-saude-reajusta-valor-para-procedimentos-de-nefrologi> Acesso em 05 Jul 17.

MORITZ, G.O. **Planejando por cenários prospectivos:** a construção de um referencial metodológico baseado em casos. 2004. 151 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis 2004.

MORRIS, M.; SCHINDEHUTTE, M.; ALLEN, J. *The entrepreneur's business model: toward a unified perspective.* ***Journal of Business Research,*** v. 58, n. 6, p. 726-735. doi: 10.1016/j.jbusres.2003.11.001, 2005.

MORRIS, M.; SCHINDEHUTTE, M.t; ALLEN, J. *The entrepreneur's business model: toward a unified perspective.* ***Journal of business research,*** v. 58, n. 6, p. 726-735, 2005.

MORSE, J.; RICHARDS, L. ***The integrity of qualitative research.*** *Morse J, Richards L. Read me first for a user's guide to qualitative method. California*: Sage, p. 23-41, 2002.

MORSE, Janice M. et al. ***Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International journal of qualitative methods***, v. 1, n. 2, p. 13-22, 2002.

OJALA, A.; TYRVÄINEN, P. *Business models and market entry mode choice of small software firms.* ***Journal of International Entrepreneurship,*** v. 4, n. 2-3, p. 69-81, 2006.

OMRAM, A. R. *The epidemiology transition: a theory of the epidemiology of population change.* ***Bulleten of the World Health Organization,*** *2001*;79 (2) 161-170.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **A saúde no Brasil**. Brasília: As Organizações; 1998.

OSTERWALDER, A. ***The Business Model Ontology*** *- A proposition in a design science approach business,* 2004.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. ***An ontology for e-business models.*** *Value Creation from E-Business Models*. p.1-26. Wendy Currie, 2003.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y.; TUCCI, C. L. ***Clarifying Business Models: Origins, Present and Future of the Concept***. *Communications of the Association for Information Systems.* Anais. v. 16, p.1-29, 2005.

OSTERWALDER, A.; LAGHA, S. B.; PIGNEUR, Y. ***An ontology for developing e-business models***. IFIP DsiAge, 2002.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. ***Business model generation:*** *a handbook for visionaries, game changers, and challengers.* John Wiley & Sons, 2010.

PATELI, A. *A domain area report on business models.* ***Athens University of Economics and Business,*** 2002. (White paper, version 1.3).

PETROVIC, O.; KITTL, C.; TEKSTEN, R.D. *Developing Business Models for e-business,* ***In the Proceedings of the International Conference on Electronic Commerce 2001****,* Vienna, Austria, October 31 – November 4, 2001.

PLÉ, L.; LECOCQ, X.; ANGOT, J. ***Customer-integrated business models:*** *a theoretical framework*. Most, 2008.

PORTER, M. E. *Towards a dynamic theory of strategy.* ***Strategic Management Journal,*** v.12, [número especial], p.95-119, 1991.

PORTUGAL. DEPARTAMENTO DE PROSPECÇÃO E PLANEJAMENTO DE PORTUGAL. **Prospecção e cenários:** uma breve introdução metodológica. Lisboa: Departamento de Prospecção e Planejamento. 1997.

RAPPA, M. *The utility business model and the future of computing services.* **IBM Systems Journal**, v. 43, n. 1, p. 32-42. doi: 10.1147/sj.431.0032, 2004.

RAYPORT, J. F.; JAWORSKI, B. J. ***Introduction to e-commerce.*** McGraw-Hill/Irwin marketspaceU, 2002.

RUMBLE, R.; MANGEMATIN, V. *Business model implementation: The antecedents of multi-sidedness*. In: ***Business Models and Modelling. Emerald Group Publishing Limited***, p. 97-131, 2015.

RUNFOLA, A.; ROSATI, M.; GUERCINI, S. *New business models in online hotel distribution: emerging private sales versus leading IDS.* ***Service Business,*** v. 7, n. 2, p. 183-205, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. SANDELOWSKI, M.. *Focus on research methods-whatever happened to qualitative description?*. ***Research in nursing and health***, v. 23, n. 4, p. 334-340, 2000.

SANDELOWSKI, Margarete. Focus on research methods-whatever happened to qualitative description?. **Research in nursing and health**, v. 23, n. 4, p. 334-340, 2000.

SANTOS, J.; SPECTOR, B.; VAN DER HEYDEN, L. **Toward a theory of business model innovation within incumbent firms**. INSEAD, Fontainebleau, France, 2009.

SÃO PAULO. **Prefeitura Municipal.** Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro. 2007.<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca_Renal_Crônica.pdf> Acesso em 17 Mai. 2016.

SCHNEIDER, S.; SPIETH, P. *Business model innovation: Towards an integrated future research agenda.* ***International Journal of Innovation Management****,* v. 17, n. 01, p. 1340001, 2013.

SCHUMPETER, J A. ***Capitalism, socialism, and democracy.*** 3. ed. New York: Harper & Row, 1950.

SCHUMPETER, J A. *The theory of economic development.* ***Cambridge: Harvard University Press****,* 1934

SCHWARTZ, P. *The art of the long view.* ***New York: Doubleday, Currency***, 1991.

SEDDON, P. B. et al. *The case for viewing business models as abstractions of strategy.* ***The Communications of the Association for Information Systems***, v. 13, n. 1, p. 64, 2004.

SESSO, R. **Relatório de Censo Brasileiro de Diálise Crônica.** 2012. <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0048.pdf >Acesso em 17 Mai. 2016.

SESSO, R. C. et al. **Inquérito brasileiro de diálise crônica** 2014. J. bras. nefrol, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SHAFER, S.M.; SMITH, H. J.; LINDER, J. C. *The power of business models.* ***Business horizons****,* v. 48, n. 3, p. 199-207, 2005.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003. <http:/www.fen.ufg.br/revista.> Acesso em 17 Mai. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al. **Censo de diálise** 2013. São Paulo (SP), 2014.

SOSNA, M.; TREVINYO-RODRÍGUEZ, R. N.; VELAMURI, S. *Ramakrishna. Business model innovation through trial-and-error learning: The Naturhouse case*. ***Long range planning,*** v. 43, n. 2, p. 383-407, 2010.

SPIETH, P.; SCHNECKENBERG, D.; RICART, J.E. ***Business model innovation–state of the art and future challenges for the field. R&D Management***, v. 44, n. 3, p. 237-247, 2014.

STANFORD, R. A. *Ceteris Paribus methodology and computerized economics-business models.* ***The Journal of Economic Education***, v.4, n.1, Fall, 1972.

TEECE, D. J. *Business Models, Business Strategy and Innovation.* ***Long Range Planning***, v. 43, n. 2-3, p. 172-194. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.lrp.2009.07.003, 2010.

TIKKANEN, H.; LAMBERG, J.-A.; PARVINEN, P.; KALLUNKI, J.-P. *Managerial cognition, action and the business model of the firm.* ***Management Decision***, v. 43, n. 6, p. 789-809. doi: 10.1108/00251740510603565, 2005.

TIMMERS, P. *Business models for electronic markets.* ***Electronic Markets***, v. 8, n. 2, p. 3-8, 1998.

TOBIN, G. A.; BEGLEY, C. M. *Methodological rigour within a qualitative framework.* ***Journal of advanced nursing***, v. 48, n. 4, p. 388-396, 2004.

TRIMI, S.; BERBEGAL-MIRABENT, J. *Business model innovation in entrepreneurship.* ***International Entrepreneurship and Management Journal***, v. 8, n. 4, p. 449-465, 2012.

USCHOLD, M.; GRUNINGER, M. *Ontologies: Principles, methods and applications*. ***The knowledge engineering review,*** v. 11, n. 2, p. 93-136, 1996

VAN DE LUIJTGAARDEN, M. WM et al. *Effects of comorbid and demographic factors on dialysis modality choice and related patient survival in Europe.* ***Nephrology Dialysis Transplantation****,* v. 26, n. 9, p. 2940-2947, 2011.

VAN DER VORST, J.GAJ et al. *E-business initiatives in food supply chains; definition and typology of electronic business models.* ***International Journal of Logistics,*** v. 5, n. 2, p. 119-138, 2002.

VASCONCELOS, IFG de; MASCARENHAS, A. O.; VASCONCELOS, F. C. de. Gestão do paradoxo "passado versus futuro": uma visão transformacional da gestão de pessoas. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 1, 2006.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Atlas, 2009.

VOELPEL, S.; LEIBOLD, M.; TEKIE, E.; KROGH, G. V. O. N. *Escaping the Red Queen Effect in Competitive Strategy: Sense-testing Business Models*. ***European Management Journal***, v. 23, n. 1, p. 37-49. doi: 10.1016/j.emj.2004.12.008, 2005.

WALDNER, F. et al. *Antecedents and consequences of business model innovation: The role of industry structure. In: Business models and modelling.* ***Emerald Group Publishing Limited,*** p. 347-386, 2015.

WEILL, P., VITALE, M.R. *Place to Space: Migrating to eBusiness Models,* ***Harvard Business School Press*****,** Boston, (2001).

WIKSTRÖM, K.; ARTTO, K.; KUJALA, J.; SÖDERLUND, J. *Business models in project business. International Journal of Project Management*, v. 28, n. 8, p. 832-841. ***International Project Management Association.*** doi: 10.1016/j.ijproman.2010.07.001, 2010.

WIRTZ, B.W. et al. Business models: Origin, development and future research perspectives. **Long Range Planning,** v. 49, n. 1, p. 36-54, 2016.

WRIGHT, J.T.C. A técnica Delphi: uma ferramenta útil para o planejamento do Brasil. In: **ENCONTRO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO EMPRESARIAL: COMO PLANEJAR** 86, 3., 1995. São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade de Planejamento Empresarial (SPE), 1986, p. 199-207, 1995.

_____, SPERS, R.G. **O país no futuro:** aspectos metodológicos e cenários. Estudos Avançados, v. 20, n. 56, p. 13-28, 2006.

_____, SILVA, A.T.B.; SPERS, R.G. Prospecção de cenários: uma abordagem plural para o futuro do Brasil em 2020. **Revista Ibero-Americana de Estratégia – RIAE**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 56-76, jan.-abr. 2010.

XUE, J. L. et al. *Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the United States to the year 2010.* ***Journal of the American Society of Nephrology***, v. 12, n. 12, p. 2753-2758, 2001.

YIP, G. S. *Using Strategy to Change Your Business Model.* ***Business Strategy Review***, v. 15, n. 2, p. 17-24. doi: 10.1111/j.0955-6419.2004.00308.x, 2004, June.

ZOTT, C.; AMIT, R. *Business model design and the performance of entrepreneurial firms.* ***Organization science***, v. 18, n. 2, p. 181-199, 2007.

_____, *The fit between product market strategy and business model: implications for firm performance.* ***Strategic management journal***, v. 29, n. 1, p. 1-26, 2008.

ZOTT, C.; AMIT, R.; MASSA, L. *The Business Model: Theoretical Roots****, Recent Developments, and Future Research. Business***. Madrid - Espanha, 2010.

WILLIAMS, Patricia L.; WEBB, Christine. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of advanced nursing**, v. 19, n. 1, p. 180-186, 199

APÊNDICE

Questionário enviado aos entrevistados

ROTEIRO DE QUESTÕES
1. Qual a sua formação acadêmica? 2. Qual a sua experiencia profissional no mercado de DRC (Doença Renal Crônica? 3. Há quanto tempo você trabalha no setor da saúde?
4. Descreva o método de remuneração atualmente em uso no mercado da DRC: remuneração por *fee for service* (procedimento), remuneração por *performance* (produtividade), por pacote ou outros.
5. Descreva os principais problemas do método de remuneração atualmente em uso no mercado da DRC.
6. Na sua opinião o método de remuneração atualmente em uso no mercado da DRC estimula a busca de produtividade para o setor de saúde (melhoria de saúde dos pacientes com menor custo)?
7. Considerando as críticas aos métodos de remuneração atuais da DRC quais mudanças você percebe para o futuro em 2030?
8. Nos países desenvolvidos os métodos de remuneração da saúde estão mudando de *fee-for-service*, e tendenciado para performance e/ou Bundle. Você acredita que esses tipos de métodos serão os principais a serem usados no Brasil em 2030? Justifique.
9. Qual a sua opinião sobre a existência ou não de interesse, por parte dos *players* do mercado da DRC, em modificar o método de remuneração praticado no futuro em 2030?