

Metas quantitativas de produção em contratos ACO com orçamento global

Edição 001/2026 | 19 de fevereiro de 2026 | Publicado

Resumo executivo

Em contratos no modelo de Accountable Care Organization (ACO), a literatura descreve que o foco do arranjo é tornar a organização prestadora responsável por custo e qualidade de uma população definida, por meio de incentivos que favoreçam coordenação do cuidado e redução de desperdício, e não o aumento de produção assistencial per se. [1]

Nesse contexto, quando há orçamento global (global budget/cap de receita), a função econômica central do componente "global" é desacoplar (ao menos parcialmente) a receita do prestador do volume de serviços, para que decisões clínicas e operacionais possam priorizar valor e estabilidade financeira sob regras prospectivas. [2]

Metas contratuais quantitativas de produção (ex.: volumes médios mensais de procedimentos/exames/atendimentos/saídas) são, em geral, mais bem justificadas como "guardrails" (travas) e referência do perfil assistencial esperado: delimitam condições mínimas de acesso e evitam suboferta ("stinting") típica de modelos com orçamento fixo/capitação, além de oferecerem um referencial operacional para interpretar indicadores de eficiência e qualidade. [3]

A revisão do orçamento global, quando necessária e contratualmente prevista, tende a ser tecnicamente mais defensável quando decorre de mudanças estruturais (capacidade instalada), mudanças relevantes e sustentadas na população atribuída/risco/case-mix, ou mecanismos formais de ajuste/reopção (reopener clause) previamente pactuados. Reindexar automaticamente o global ao volume reintroduz incentivos de fee-for-service (FFS) e reforça risco de indução de demanda e desalinhamento com o racional ACO. [4]

Fundamentos do orçamento global e diferença para fee-for-service

O pagamento tradicional por fee-for-service (FFS) remunera serviços individualmente (consulta, exame, procedimento, internação), de modo que a receita marginal tende a crescer com o volume produzido, o que pode incentivar atividade adicional mesmo quando o ganho de valor é limitado, exigindo mecanismos de controle de utilização a posteriori. [5]

O orçamento global (global budget / global payment) é descrito na literatura de payment reform como um arranjo em que se define ex ante um teto de receita ou um orçamento prospectivo para um período (tipicamente anual), deslocando o incentivo de "produzir mais para receber mais" para "entregar mais valor dentro de um envelope financeiro". [6]

Duas referências frequentemente citadas para ilustrar esse racional são:

A experiência de orçamento global hospitalar em Maryland [7], sob supervisão da Maryland Health Services Cost Review Commission [8], é apresentada como um modelo que impõe uma restrição de receita anual e incorpora desenho voltado a melhoria de qualidade e estabilidade, explicitamente orientado a "desacoplar" receita de volume. [9]

No âmbito de pagamentos globais populacionais, o contrato comercial "Alternative Quality Contract" (AQC), implementado pela Blue Cross Blue Shield of Massachusetts [10] em Massachusetts [11], é descrito como um modelo com orçamento global por paciente e incentivos de desempenho em qualidade; sua evolução foi reportada em periódico revisado por pares como o New England Journal of Medicine [12]. [13]

Em operações reais, muitos modelos permanecem "híbridos", isto é, combinam orçamento global (para componentes estruturais/facility) com FFS para alguns componentes (especialmente profissionais), e usam métricas de qualidade/acesso como condição para pagamentos de desempenho e/ou elegibilidade a bônus e economia compartilhada. [14]

Função das metas quantitativas como guardrails e mecanismo anti-suboferta

Modelos com orçamento fixo, capitação e/ou risco financeiro introduzem um trade-off conhecido: o mesmo mecanismo que reduz incentivo a excesso de volume pode criar incentivo a suboferta ("stinting") ou a reduzir responsividade/acesso, exigindo "checks and balances" (medidas de qualidade, auditoria, monitoramento de subutilização). [3]

A literatura aplicada a capitação enfatiza explicitamente a necessidade de salvaguardas para proteger paciente e provedor em sistemas pré-pagos, apontando que mecanismos de controle e monitoramento são parte constitutiva do desenho. [15]

Sob a ótica de contratos incompletos, há também uma justificativa teórica adicional: é impraticável especificar ex ante todas as contingências e todos os aspectos não "contratáveis" da qualidade. Assim, contratos utilizam uma combinação de (i) termos mais rígidos e observáveis (ex.: pisos/corredores de produção, SLAs de acesso) e (ii) termos de desempenho que tentam aproximar qualidade/resultado por métricas disponíveis, reconhecendo limites de mensuração e necessidade de governança e renegociação. [16]

Dentro desse enquadramento, metas quantitativas de produção podem ser tecnicamente defendidas como:

Referência de perfil assistencial: um "espelho" do mix esperado de serviços, útil para calibrar capacidade, interpretar produtividade e comparar desempenho sob um mesmo contexto operacional. [17]

Guardrails de acesso e responsividade: pisos mínimos, tempos de resposta e outros limites objetivamente verificáveis que reduzem o risco de suboferta e de deslocamento indevido de demanda. [18]

Mecanismo anti-suboferta como condição de elegibilidade/avaliação: em vez de "dirigir orçamento", a produção mínima atua como condição de conformidade (compliance) para que o prestador seja avaliado em eficiência/qualidade em um patamar mínimo de pressão assistencial. [19]

Essa lógica é consistente com a prática de atrelar ganhos financeiros (bônus, shared savings) ao atingimento de metas de qualidade e de experiência do paciente, como forma de mitigar risco de "stinting" e proteger o objetivo assistencial do contrato. [20]

Distinção entre custos fixos, custos variáveis e componentes fora do global

A economia hospitalar descreve que hospitais têm estrutura de custos com alta parcela fixa no curto prazo e custos conjuntos ("joint costs"), de modo que reduções marginais de utilização (e.g., pequenas variações de volume) frequentemente geram "ociosidade" mais do que redução real de orçamento/custo estrutural, a menos que se desmobilize capacidade (fechar leitos, reduzir turnos, encerrar serviço). [21]

Essa distinção é central para contratos com orçamento global porque ajuda a separar:

Custos fixos (curto prazo): disponibilidade de infraestrutura, equipe mínima, plantões, manutenção, utilidades, depreciação, sistemas e funções de suporte que não variam proporcionalmente com poucos pontos percentuais de produção. [22]

Custos variáveis (por caso): insumos, materiais e medicamentos que acompanham a produção assistencial, com elasticidade maior ao volume. [23]

Componentes profissionais frequentemente fora do global: em modelos de orçamento global voltados a "facility services", é comum que o escopo exclua serviços profissionais (honorários), preservando fluxos FFS para parte relevante do custo/receita total. Essa separação é explicitada em especificações de modelos recentes do CMS, nos quais orçamentos globais hospitalares substituem pagamentos de serviços hospitalares (inpatient/outpatient facility), mas não substituem pagamentos profissionais. [24]

O ponto contratual prático é: quando o global cobre predominantemente "capacidade/custo fixo" e outros

componentes seguem em FFS fora do global, metas quantitativas de produção (derivadas de histórico) não devem ser tratadas como fórmula direta de cálculo do orçamento, mas como referência operacional e salvaguarda de entrega assistencial mínima, salvo previsão expressa diferente. [25]

Quando variações de volume justificam revisão do orçamento

A literatura sobre orçamento global enfatiza que ajustes de orçamento são parte do desenho (para inflação/fatores de custo; demografia; deslocamentos de mercado; mudanças populacionais), mas tipicamente via regras formais e transparentes — não por reindexação ad hoc do orçamento a variações marginais de volume. [26]

Do ponto de vista técnico-contratual, gatilhos mais defensáveis para revisão do orçamento global incluem:

Reequilíbrio econômico-financeiro por mudança estrutural: investimentos e expansão/redução de capacidade instalada (ativos físicos e força de trabalho estrutural) que alterem persistentemente o custo fixo e o padrão de disponibilidade contratada. [27]

Ajuste por risco/case-mix e população atribuída: mudança relevante na composição de risco, severidade e complexidade (ou no tamanho da população atribuída) que altere o custo esperado por beneficiário, exigindo mecanismo de ajuste para evitar penalizar indevidamente o prestador por "piora" de risco ou incentivar seleção de risco. [28]

Cláusulas de ajuste por variações sustentadas e não transitórias: ajustes por deslocamento de mercado/demografia são exemplos de mecanismos formais em modelos de orçamento global hospitalar (p.ex., regras de "market shift" e ajustes demográficos), desenhados para lidar com mudanças estruturais de demanda sem dissolver o princípio de orçamento. [29]

Cláusula de reopção/reabertura ("reopener clause"): uma cláusula contratual que define objetivamente condições, janelas e métricas para renegociação do orçamento, reconhecendo que contratos são incompletos e que renegociação estruturada reduz conflito e oportunismo. [30]

Como princípio de boa prática, a revisão do orçamento deve ser acionada por evidência de mudança estrutural (capacidade, população/risco, mix de serviços) e não por variações pequenas e esperadas dentro da oscilação operacional normal, pois o orçamento global busca justamente reduzir a dependência da receita ao volume. [31]

Riscos de reindexar o orçamento ao volume

Reindexar o orçamento global ao volume (mesmo que implicitamente, por "metas quantitativas que viram base de orçamento") tende a reintroduzir o incentivo central do FFS: produzir mais para proteger ou elevar receita, o que é conceitualmente oposto ao objetivo do orçamento global e do accountability populacional. [32]

Esse redesenho implícito cria três efeitos indesejáveis documentados/reconhecidos na literatura de payment reform:

Incentivo perverso à manutenção de volume: hospitais com alto custo fixo podem ter menor apetite por reduzir utilização "desnecessária" se a sua receita estrutural também cair com o volume, reduzindo colaboração com iniciativas ACO de desospitalização e coordenação do cuidado. [33]

Risco de "FFS disfarçado": um contrato que se apresenta como orçamento global, mas cujo orçamento é recalculado proporcionalmente ao volume, preserva a lógica de preço por unidade, apenas com uma "roupagem" de orçamento. Isso enfraquece o sinal econômico para redesenho assistencial (redução de baixo valor, prevenção, transição de cuidados). [17]

Aumento da necessidade de controle de utilização: ao recolocar o volume como driver de receita, tende-se a reintroduzir camadas de auditoria e restrição típicas do FFS (autorização, glosas, revisões), com custo transacional e desgaste de relacionamento, o oposto do que os modelos globais pretendem reduzir. [34]

Uma formulação executiva (não confrontadora) que costuma funcionar é: "se o orçamento variar automaticamente com variações marginais de produção, o contrato passa a ter incentivos predominantemente de volume; se o

orçamento é estável e ajustado por risco/mudança estrutural, os incentivos favorecem valor". Essa é uma síntese fiel do racional econômico descrito em fontes de desenho de orçamento global/diferença versus FFS. [35]

Recomendações práticas para redação contratual e governança

A seguir, recomendações alinhadas a literatura de payment reform e a mecanismos observados em programas de orçamento global e ACO, com foco em reduzir ambiguidades e risco de interpretações "volume-indexadas". [36]

Definir explicitamente a população atribuída e o perímetro do orçamento global: declarar (i) população/escopo (quem está coberto), (ii) quais componentes entram no global (facility/estrutura) e (iii) quais ficam fora (p.ex., profissionais; materiais/medicamentos quando for o caso), evitando inferências de que "produção recalcula orçamento". [37]

Descrever metas quantitativas como guardrails, não como fórmula de orçamento: redigir que metas de volume são pisos/corredores de conformidade (para evitar suboferta e preservar acesso) e referência de perfil assistencial para leitura de performance; se existir qualquer ajuste financeiro associado, explicitar que é excepcional, não automático, e sob gatilhos definidos. [38]

Implementar ajuste por case-mix/risco e zona de neutralidade (corredor): (i) ajustar indicadores de desempenho por risco e complexidade, e (ii) prever faixa de variação operacional (zona de neutralidade) na qual o orçamento não é reaberto, para preservar o princípio do global e reduzir disputa por variação normal. [39]

Estabelecer mecanismo formal de reequilíbrio e reopção: definir gatilhos (mudança estrutural de capacidade; mudança sustentada de população/risco; mudança regulatória relevante), prazos, governança decisória e evidências exigidas. A lógica é reduzir "renegociação por percepção" e tratar o contrato como deliberadamente incompleto, com janelas estruturadas de ajuste. [40]

Auditoria e monitoramento orientados a risco de suboferta e qualidade: incorporar rotinas de auditoria clínica/codificação, monitoramento de acesso (tempos, negativas, filas) e indicadores de subutilização, pois a literatura destaca que medidas explícitas de qualidade e acesso são necessárias sob orçamento global e risco. [41]

Limitadores para o componente variável e para qualquer métrica de produção ligada a pagamento: como referência prudencial, a literatura sobre contratos globais frequentemente usa bônus de qualidade em torno de "até 10%" do orçamento global (ex.: AQC), e o restante do envelope é tratado como orçamento prospectivo; nesse espírito, recomenda-se que qualquer componente variável ligado a metas quantitativas, se existir, seja pequeno, não linear e desenhado para proteger acesso, não para "pagar produção". [42]

Governança conjunta com trilhas técnica e financeira: instituir comitê paritário (operadora e gestão hospitalar) com rito mensal de acompanhamento de guardrails (produção/acesso) e rito trimestral/semestral de revisão de risco/case-mix e de premissas do envelope global. Isso reduz a probabilidade de "explicar orçamento por produção" e mantém a conversa no nível correto (risco, capacidade, qualidade e custo total). [43]

Argumentos técnicos prontos (linguagem executiva, sem confronto), consistentes com a literatura:

"Orçamento global é um teto prospectivo para financiar capacidade e responsabilidade assistencial; produção é monitorada como acesso e perfil, não como fórmula de repasse." [44]

"Se o repasse global variar automaticamente com produção marginal, o incentivo volta a ser de volume, típico de FFS; e a coordenação ACO perde força." [45]

"Revisão do global deve ser acionada por mudança estrutural (capacidade/risco/população), com mecanismo objetivo de reequilíbrio; variação normal deve ficar dentro de corredor." [46]

Tabela comparativa

Papel da meta quantitativa	Evidência teórica (síntese)	Implicação contratual	Recomendação prática
Referência de perfil assistencial (baseline)	"Global payment/budget" usa população definida e metas para interpretar utilização e performance sob um contexto; contratos globais são frequentemente híbridos. [47]	Meta não deve ser confundida com fórmula do orçamento; funciona como referência operacional.	Explicitar em contrato que metas quantitativas são "referência de perfil" (não indexador de repasse). [48]
Guardrail de acesso / anti-suboferta	Modelos pré-pagos/capitação reconhecem risco de "stinting" e recomendam salvaguardas de qualidade/acesso. [49]	Metas de produção podem ser cláusulas de conformidade (piso/corredor), não "meta de receita".	Definir pisos/corredores e SLAs de acesso; atrelar a planos de ação, não a recalcular global automaticamente. [50]
Instrumento de interpretação da eficiência	Hospitais têm alto custo fixo no curto prazo; variação marginal de volume gera ociosidade mais do que economia real. [51]	Comparações de eficiência devem considerar se o prestador operou sob pressão assistencial mínima.	Manter metas quantitativas como contexto para leitura de LOS/qualidade, evitando "eficiência" sobre base ociosa. [52]
Mecanismo de ajuste do global (quando explícito)	Ajustes de orçamento global são parte do desenho, mas via regras formais (risco, capacidade, mercado), não por reindexação ad hoc ao volume. [53]	Ajuste do global deve ter gatilho explícito, não ser automático por variação de produção.	Prever cláusula de reopção com gatilhos objetivos (capacidade, risco, regulação); zona de neutralidade para variação normal. [30]
Proteção contra reindexação ao volume (integridade do global)	FFS remunera por serviço e incentiva atividade; global budgets buscam reverter incentivos de volume; reindexação ao volume desfaz o racional. [54]	Se metas quantitativas determinam repasse, o contrato se aproxima de FFS e exige novos controles.	Proibir no texto contratual a "indexação automática do global ao volume", salvo gatilho contratual explícito e excepcional. [55]
Base para governança e auditoria	"Safeguards" e monitoramento são recomendados para mitigar risco de suboferta e preservar qualidade sob risco financeiro. [56]	Necessidade de comitês, rotinas e critérios de auditoria.	Instituir governança conjunta com auditoria clínica e de acesso (incluindo indicadores de subutilização). [57]

Notas e fontes principais

A definição de "accountable care" e a caracterização de ACO como arranjo que busca melhorar qualidade, coordenação e resultados para um grupo definido, reduzindo custos desnecessários, está descrita em páginas conceituais do CMS e materiais de referência do MedPAC. [58]

A distinção entre FFS (pagamento por serviço individual) e modelos alternativos é documentada pelo CMS e pela OECD, incluindo a observação de que FFS tende a incentivar maior atividade clínica/volume. [5]

A lógica do orçamento global como restrição de receita anual e instrumento para deslocar incentivos de volume para valor é descrita em documentos de desenho e sínteses (p.ex., SHVS, Commonwealth Fund), em documentação e acordos do modelo de Maryland e em literatura revisada por pares sobre GBR. [59]

A necessidade de salvaguardas explícitas de qualidade e acesso sob global budgets e risco financeiro (para mitigar "stinting"/suboferta) aparece em sínteses do Urban Institute e em fontes institucionais/análíticas que discutem risco e monitoramento em modelos de capitação/risco. [60]

Como precedente prático de "global budget + incentivos de qualidade", a literatura sobre o AQC (BCBSMA) descreve bônus de qualidade de até 10% do orçamento global e um conjunto amplo de medidas, publicado e acompanhado

em periódicos e relatórios de policy. [61]

A distinção entre custos fixos e variáveis em hospitais e o risco de confundir "redução de utilização" com "economia orçamentária" no curto prazo é discutida na literatura de custos hospitalares e em análises específicas sobre a predominância de custos fixos e custos conjuntos. [62]

A justificativa teórica para cláusulas objetivas, guardrails e mecanismos de renegociação em contratos complexos (incompletos) é sustentada pela teoria de contratos incompletos, incluindo trabalhos clássicos de Oliver Hart [63] e coautores. [16]

Referências

Notas	Fonte	URL
[1] [10] [37] [58]	Accountable Care and Accountable Care Organizations	cms.gov
[2] [17] [31] [33] [36] [44] [55] [59]	Toward Hospital Global Budgeting: State Considerations	shvs.org
[3] [11] [15] [49]	The Future of Capitation: The Physician Role in Managing...	pmc.ncbi.nlm.nih.gov
[4] [26] [29] [46] [52]	HSCRC GBR Adjustments	hscrc.maryland.gov
[5] [32] [35] [45] [54]	CMS Innovation Center: Alternative Payment Models	cms.gov
[6] [9]	Global Budget Revenue Agreement	hscrc.maryland.gov
[7] [14] [24]	AHEAD Model Financial Specifications	cms.gov
[8] [21] [22] [27] [51] [62] [63]	The Fixed-Cost Dilemma	microsoft.com/research
[12] [42] [61]	The 'Alternative Quality Contract' in Massachusetts	pmc.ncbi.nlm.nih.gov
[13]	Health Care Spending and Quality in Year 1	nejm.org
[16] [30] [40] [53]	Incomplete Contracts and Renegotiation	jstor.org
[18] [19] [34] [38] [41] [50] [57] [60]	Global Budgets for Hospitals	urban.org
[20]	Program Guidance & Specifications	cms.gov
[23]	End-of-Life Care in the Intensive Care Unit	pmc.ncbi.nlm.nih.gov
[25] [48]	What's in a Name: A Primer on Global Budget Models	hcttf.org
[28]	Accountable Care Organizations in the U.S. Health Care System	pmc.ncbi.nlm.nih.gov
[39]	Accountable Care Organization Payment...	medpac.gov
[43]	Price Setting and Price Regulation in Health Care	oecd.org
[47]	Health Care Spending, Utilization, and Quality 8 Years into...	nejm.org
[56]	December 20, 2019 Ms. Joanne Chiedi Acting Inspector...	regulations.gov