



Guia para Implementação de **Modelos de Remuneração** baseados em valor



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar

GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE **MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR**





2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria Adjunta - DIRAD
Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS – GEIRS
Coordenação de Tecnologia do Ressarcimento ao SUS – COTEC
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel: +55 (21) 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

Presidência - PRESI
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Ana Paula Silva Cavalcante GEEIQ/ DIDES
Daniel Meirelles – DIRAD-DIDES/DIDES
Rodrigo Aguiar – DIDES

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Anete Gama – COAEP/GEEIQ/DIDES
Daniele Silveira – COINE/GEPIN/DIDES
Felipe Riani- COIME/ GEEIQ/DIDES
Priscilla Brasileiro – COAEP/GEEIQ/DIDES

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

APRESENTAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS possui um papel preponderante na condução do setor suplementar de saúde rumo às boas práticas, visando à melhoria constante da qualidade da atenção à saúde e à sustentabilidade do setor. Em particular, quando o país passa de forma rápida pela transição demográfica e epidemiológica, com o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aliado à constante incorporação de novas tecnologia em saúde, reveste-se de especial importância a discussão acerca dos modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde e de suas possíveis repercussões no modelo de atenção praticado, nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

Nesse contexto, no qual os custos em saúde são crescentes, o tema dos modelos de remuneração tem sido levado para o centro das discussões em todo mundo. Novos modelos, alternativos ao clássico *Fee For Service*, têm sido testados nos diversos países, tanto no setor público quanto no setor privado, com diferentes experiências e resultados positivos já sendo observados.

No contexto da saúde suplementar brasileira, a ANS assumiu o desafio de capitanear o debate em torno dos modelos de remuneração adotados na relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde com vistas à implementação de novas formas de remunerar baseadas em valor, que privilegiem a qualidade dos serviços prestados e que não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

Desse modo, a ANS criou, em setembro de 2016, o Grupo Técnico de Modelos de Remuneração. Em novembro de 2017 o GT entrou em sua segunda Fase, que culmina justamente na presente publicação, que apresenta a consolidação de aspectos técnicos relativos aos principais modelos de remuneração. Além disso, apresenta uma gama de proposições e orientações que servirão de guia para operadoras e prestadores promoverem a implementação de modelos de remuneração inovadores e alternativos ao pagamento por volume.

O passo seguinte será a realização da Fase 3 do GT, com a experimentação de modelos de remuneração inovadores em experiências concretas, com a participação de operadoras e prestadores dispostos a buscar melhores alternativas, e contando com a cooperação técnica da ANS para o estabelecimento de ganhos sucessivos de confiança.

A ANS acredita que este é um caminho sem volta, mediante a convicção de que a sustentabilidade do setor saúde perpassa por avanços necessários na eficiência da gestão dos recursos financeiros e no alcance de melhores resultados em saúde.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	<i>Fee For Service</i> – principais aspectos	20
QUADRO 2	Elementos necessários para a implementação do <i>Fee For Service</i>	21
QUADRO 3	Principais aspectos relativos ao pagamento por diárias hospitalares	22
QUADRO 4	Elementos necessários para a implementação do pagamento por diárias hospitalares	23
QUADRO 5	Pagamento por Performance – Atenção Ambulatorial Especializada	26
QUADRO 6	Pagamento por desempenho ou P4P – principais aspectos	27
QUADRO 7	Elementos necessários para a implementação do P4P	27
QUADRO 8	Ajustes utilizados no pagamento por capitação de prestadores de cuidados primários, por países da OCDE -2016	30
QUADRO 9	Principais aspectos relativos ao Capitation	31
QUADRO 10	Elementos necessários para a implementação do Capitation	31
QUADRO 11	Principais aspectos relativos à orçamentação	34
QUADRO 12	Elementos necessários para a implementação da Orçamentação	34
QUADRO 13	Principais aspectos relativos ao DRG	36
QUADRO 14	Elementos necessários para a implementação do DRG	37
QUADRO 15	Principais aspectos relativos ao pagamento por assalariamento	39
QUADRO 16	Elementos necessários para a implementação do assalariamento	39
QUADRO 17	Categorias de Modelos de Pagamento do Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) – U.S Department of Health & Human Services (HHS)	43
QUADRO 18	Principais aspectos relativos aos Bundle Payments	46
QUADRO 19	Elementos necessários para a implementação de Bundle Payments	47
QUADRO 20	Categorias de iniciativas e inovação na adoção de novos modelos de remuneração	48
QUADRO 21	Modelos de Remuneração na Atenção Primária em Saúde, por países da OCDE – 2016	53
QUADRO 22	Modelos de Remuneração de Serviços Ambulatoriais e de Especialidades, por países da OCDE – 2016	54
QUADRO 23	Modelos de Remuneração de Serviços Hospitalares, por países da OCDE – 2016	56
QUADRO 24	Oportunidades para reduzir gastos e/ou melhorar a qualidade	64
QUADRO 25	Descrição da estratégia de implementação	86
QUADRO 26	Descrição dos indicadores de monitoramento	68
QUADRO 27	Vieses presentes nos diversos modelos de remuneração e sugestões de modulações para redução das limitações	73
QUADRO A1	Resumo dos principais aspectos apresentados para cada um dos modelos tradicionais de remuneração	78
QUADRO A2	Variáveis de infraestrutura dos modelos de remuneração dos serviços de saúde	81
QUADRO A3	Variáveis de processo dos modelos de remuneração dos serviços de saúde	82
QUADRO A4	Variáveis de resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Por que discutir modelos de remuneração?	14
FIGURA 2	Categorias de Modelos de Remuneração de Cuidado em Saúde do Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS/EUA):	43
FIGURA 3	Resumo de Modelos de Pagamento Baseados em Valor	51
FIGURA 4	Diferentes sistemas de pagamento equacionam diferentes problemas de custo e qualidade do cuidado em saúde:	52

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1.	1.1 Desafios para a implementação de novos modelos de remuneração baseados em valor no setor suplementar	15
2.	GRUPO DE TRABALHO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO	17
2.1.	Fase 1 - GT de Modelos de Remuneração	17
2.2.	Fase 2 - GT de Modelos de Remuneração	17
2.3.	Fase 3 - GT de Modelos de Remuneração	18
3.	MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DE MANEIRA HEGEMÔNICA	19
3.1.	PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO (<i>FEE FOR SERVICE</i> - FFS)	19
3.1.1.	Principais aspectos relativos ao modelo <i>Fee For Service</i>	20
3.1.2.	Elementos necessários para a implementação do modelo de remuneração <i>Fee For Service</i> :	21
3.2.	PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES (<i>PER DIEM</i>)	21
3.2.1.	Principais aspectos relativos ao modelo de pagamento por diárias hospitalares:	22
3.2.2.	Elementos necessários para a implementação do modelo de pagamento por diárias hospitalares:	23
4.	MODELOS DE REMUNERAÇÃO ALTERNATIVOS AO <i>FEE FOR SERVICE</i> E AO PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES	24
4.1.	PAGAMENTO POR DESEMPENHO (<i>PAY FOR PERFORMANCE</i> – P4P)	24
4.1.1.	Principais aspectos relativos ao modelo Pagamento por Desempenho ou P4P	26
4.1.2.	Elementos necessários para a implementação do modelo Pagamento por Desempenho ou P4P	27
4.2.	<i>FEE FOR SERVICE</i> COM BÔNUS POR PERFORMANCE (FFS + P4P)	28
4.3.	CAPITAÇÃO (<i>CAPITATION</i>)	28
4.3.1.	Principais aspectos relativos ao modelo de remuneração <i>Capitation</i>	31
4.3.2.	Elementos necessários para a implementação do modelo <i>Capitation</i>	31
4.4.	ORÇAMENTAÇÃO (GLOBAL E PARCIAL)	32

4.4.1.	Os Pacotes de Consultas Médicas e Procedimentos Diagnósticos	33
4.4.2.	Principais aspectos relativos ao modelo de orçamentação	34
4.4.3.	Elementos necessários para a implementação do modelo de orçamentação	34
4.5.	DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS (DRG)	35
4.5.1.	Principais aspectos relativos ao modelo de remuneração baseado em DRG	36
4.5.2.	Elementos necessários para a implementação de modelo de remuneração baseado em DRG	37
4.6.	ASSALARIAMENTO	38
4.6.1.	Principais aspectos relativos ao modelo de remuneração por assalariamento:	39
4.6.2.	Elementos necessários para a implementação do modelo de remuneração por assalariamento:	39
4.7.	REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO: O AFFORDABLE CARE ACT (ACA) OU “OBAMACARE”	40
4.7.1.	AFFORDABLE CARE ACT (ACA)	41
4.7.2.	OS MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NO AFFORDABLE CARE ACT AMERICANO	42
4.7.2.1.	SHARED SAVINGS PROGRAM – SSP	44
4.7.2.2.	BUNDLED PAYMENTS FOR CARE IMPROVEMENT (BPCI)	44
4.7.3.	INICIATIVAS E INOVAÇÃO NA ADOÇÃO DE NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO	48
4.7.4.	CRÍTICAS AOS MODELOS DE PAGAMENTO UTILIZADOS NO AFFORDABLE CARE ACT (ACA)	48
4.7.5.	PATIENT-CENTERED PAYMENT SYSTEM	49
5.	CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO	51
5.1.	PRINCIPAIS MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS, ELENCADOS POR TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	53
5.1.1.	Modelos de remuneração utilizados na atenção primária em saúde	53
5.1.2.	Modelos de remuneração utilizados em cuidado ambulatorial e de especialidades	54
5.1.3.	Modelos de remuneração utilizados na atenção hospitalar	55
6.	DIRETRIZES GERAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR	58
6.1.	ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ELABORAÇÃO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR	60

6.1.1.	Estrutura do Projeto para implantação de novo modelo de remuneração	60
6.2.	DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE PROJETOS PARA PARTICIPAÇÃO NA FASE III DO GT DE REMUNERAÇÃO	69
7.	CONCLUSÕES	72
8.	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO	78
	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS AOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO	
	SÍNTESE DOS ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO	

1. INTRODUÇÃO

Os custos em saúde têm sido crescentes em decorrência de fatores comuns em diversos países, dentre os quais se destacam a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); o aumento da expectativa de vida; e a incorporação de tecnologias em saúde - o que resulta em procedimentos cada vez mais complexos e onerosos. Estes fatores têm impactado, significativamente, na forma como se organizam os sistemas de saúde em diversas nações (MENDES, 2009; ALMEIDA et al., 2011; OMS, 2010).

Assim, o debate acerca da necessidade de aperfeiçoamento da utilização dos recursos em saúde tem se intensificado nas últimas décadas (OMS, 2010; ANS, 2016), aprofundando a discussão em torno da necessidade de melhoria da qualidade do cuidado e dos resultados em saúde. Mais do que nunca se discute a proporção das despesas em saúde nos orçamentos públicos e privados. A temática, que pode ser considerada de alta relevância para o debate sobre a política de saúde no país, tem sido um tema obrigatório nos debates sobre o cuidado em saúde em todo o mundo.

Há um consenso sobre a necessidade de revisão do modelo de cuidado, tradicionalmente hospitalar, centrado na figura do médico. Este modelo predominante no Brasil, organizado para atender quadros agudos por meio de intervenções curativas, tem cedido espaço para o desenvolvimento de uma perspectiva que responda às novas e prementes necessidades em saúde. Esta perspectiva inclui, além da reformulação do modelo de atenção, novas formas de remuneração de prestadores de serviços que privilegiem a qualidade e não o volume de procedimentos executados (MENDES, 2009; ALMEIDA et al., 2011; OMS, 2010).

Ainda com relação ao caso brasileiro, ressalta-se que os setores públicos e privados, no Brasil, formam um *mix* no financiamento dos serviços de saúde. O setor privado tem duas vertentes:

I. O setor liberal tradicional, que é composto pelos serviços privados, nos quais os estabelecimentos ou profissionais de saúde estabelecem sua remuneração em acordo com os usuários – desembolso direto (*out of pocket expenses*);

II. Um setor suplementar de saúde, que tem seus serviços financiados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que são reguladas pelo Estado, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS¹ (SOUZA et al., 2014).

Na segunda vertente do setor privado, o setor suplementar de saúde envolve diversos agentes, dentre eles estão as operadoras de planos privados de assistência à saúde; os prestadores de serviços, os beneficiários, a própria agência reguladora (ANS), além de outros atores comumente menos citados, embora muito importantes na cadeia, tais como a indústria de medicamentos e dispositivos médicos implantáveis - DMI e a vigilância sanitária. Neste setor, as operadoras de planos de saúde podem contratar prestadores - pessoas físicas ou jurídicas ou podem constituir serviços próprios, fenômeno conhecido como verticalização, que tem se tornado cada vez mais comum (SOUZA et al., 2014).

As operadoras de planos de saúde são classificadas em diversas modalidades, que integram diferentes formas de operação, tais como: medicinas de grupo ou odontologias de grupo, seguradoras, autogestões, filantropias, cooperativas médicas ou odontológicas e podem ser médico-hospitalares ou exclusivamente odontológicas. (SOUZA et al., 2014). Em novembro de 2018, de acordo com dados da ANS, o Brasil contava com um total de 1.037 operadoras de planos de saúde com registros ativos e beneficiários, em modalidades distintas de gestão. Destas, 746 são operadoras médico-hospitalares e 393 são operadoras exclusivamente odontológicas, todas reguladas pela ANS (ANS, 2018).

¹ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

O presente documento tem como objetivo expor a perspectiva da ANS em relação aos modelos de remuneração de forma a induzir o setor para busca de alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao *Fee For Service* exclusivo, desde que os novos modelos assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

Ainda que com denominações variadas, tais como: política de pagamento, sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos, o modelo de remuneração é entendido como a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde (ex: *Fee For Service*; *Capitation*, Orçamentação global ou parcial, *Diagnosis Related Groupings - DRG*, *Bundles*, etc.). Os prestadores de serviços de saúde podem ser profissionais individuais como médicos; fisioterapeutas; dentistas; enfermeiros, etc. ou instituições prestadoras de serviços - hospitais, clínicas, laboratórios, etc. (AAS, 1995; JEGERS et al, 2002). É importante destacar a diferença entre modelo de remuneração de prestadores de serviços, que se refere à forma com que o recurso é alocado, do debate acerca dos valores financeiros efetivamente pagos, seja por meio de tabelas, pacotes ou outras formas de pagamento.

Desse modo, é importante diferenciar o modelo ou forma de remuneração de prestadores de serviços dos valores efetivamente pagos seja por meio de tabelas, pacotes ou outras formas de pagamento.

Dentro desse contexto, desde a década de 1990 do século XX tem se intensificado as discussões sobre a política de remuneração dos prestadores de serviços, costumeiramente baseada na produção de serviços de saúde (*Fee For Service*) na perspectiva de melhorar os resultados em saúde e conferir sustentabilidade aos sistemas de saúde (NORONHA et al., 2004; UGÁ, 2012).

Um dos pressupostos do Modelo de Melhoria da Qualidade do *Institute for Healthcare Improvement* – IHI é que “Todo sistema é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que atinge” (BERWICK, 2011a; 2011b). Por esta via, toda a discussão relativa à forma de remuneração de prestadores de serviços está entrelaçada ao modelo de atenção e aos resultados em saúde esperados, tornando-se cada vez mais evidente que o modelo de remuneração impacta fortemente na forma que o cuidado em saúde é prestado e em seus resultados.

O Relatório Mundial de Saúde sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde da OMS, de 2010, propõe limitar a execução excessiva e desnecessária de procedimentos com o estabelecimento de modelos alternativos ao *Fee For Service* como forma de remuneração de prestadores de serviço (OMS, 2010).

Ainda, o *Institute of Medicine* – IOM americano recomendou que os sistemas de saúde alinhassem as políticas de pagamento à melhoria da qualidade em saúde no documento *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, de 2011. O documento do IOM recomenda que as fontes pagadoras, públicas e privadas, examinem seus modelos de pagamento atuais para remover as barreiras que obstruem a melhoria e aprimoramento da qualidade do atendimento (IOM, 2001). Ademais, o documento ressalta que a política de pagamento é um dos fatores que influenciam, de forma relevante, na forma como estabelecimentos e profissionais de saúde prestam cuidados aos pacientes.

Ainda que a discussão de modelos de remuneração já venha ocorrendo de forma intensiva no mundo, no Brasil esse é um tema ainda bastante controverso tanto no sistema público como no privado, a despeito da implementação nos últimos anos de modelos alternativos no sistema público (NORONHA et al., 2004; LIMA e RIVERA, 2012; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

Destaca-se que o Brasil ainda utiliza hegemonicamente o modelo de Pagamento por Procedimento (*Fee For Service*), especialmente no setor privado, que induz a sobreutilização de procedimentos em saúde, sem a devida avaliação dos resultados em saúde (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2014), fato corroborado pelos dados da ANS, os quais apontam que em 2018, na saúde suplementar, apenas 4% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por meio de outros modelos de remuneração alternativos ao *Fee For Service* – FFS (ANS, TISS/2018).

Desse modo, para fazer frente aos desafios que uma mudança na forma de remunerar prestadores, alternativa ao FFS, que propicie a racionalização dos custos sem redução da qualidade da assistência, tem sido amplamente discutida.

Nessa direção, a remuneração baseada em valor na assistência à saúde tem sido considerada uma alternativa (PORTER e TEISBERG, 2007).

A remuneração baseada em valor deve ser bem definida, uma vez que essa expressão tem sido utilizada de forma indiscriminada. O valor em saúde prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, a sustentabilidade do sistema (PORTER e TEISBERG, 2007).

Para o Instituto Coalizão Saúde, valor em saúde é o equilíbrio entre três aspectos da assistência:

- I. Experiência assistencial do paciente;
- II. Desfechos clínicos de alta qualidade; e
- III. Custos adequados em todo o ciclo de cuidado com vistas à sustentabilidade do sistema de saúde.

Para Porter e Teisberg (2007), o conceito de valor em saúde pode ser resumido na seguinte fórmula: Valor = desfechos/custos. Nesta proposta, os autores então, definem valor em saúde como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados.

O foco dos modelos de remuneração baseados em valor deve ser alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos (MILLER, 2017).

Em 2012, em publicação do *Center for Healthcare Quality and Payment Reform*, foi feita uma análise do impacto do *Fee For Service* no sistema de saúde americano e a similaridade com os problemas do sistema de saúde suplementar brasileiro são evidentes (MILLER, 2012):

- I. Os prestadores de serviços de saúde são remunerados principalmente com base na quantidade de procedimentos realizados, isto é, no volume de serviços, não na qualidade desses serviços ou em sua capacidade de melhorar a saúde de um paciente, ou seja, são pagos por volume e não por valor.
- II. A realização de mais procedimentos e maiores gastos podem não levar a melhores resultados em saúde. Na verdade, ocorre exatamente o oposto. Os prestadores de serviços de saúde podem ser penalizados financeiramente por prestarem serviços de melhor qualidade, uma vez que a redução de erros e complicações podem reduzir os gastos com saúde, mas também podem reduzir as margens operacionais dos prestadores de serviços e sua capacidade de permanecerem financeiramente viáveis. Desse modo, os prestadores de serviços podem sofrer queda na sua remuneração se o paciente se mantiver saudável.
- III. Cada médico, laboratório, hospital e outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado de um paciente são pagos separadamente, podendo resultar na duplicação de exames e serviços para o mesmo paciente.
- IV. Muitos serviços importantes como procedimentos preventivos ou de coordenação do cuidado não são remunerados ou são insuficientemente remunerados.
- V. A atenção primária é mal remunerada, o que contribui para a escassez de médicos nessa área.

De acordo com Christensen e colaboradores (2009), o sistema de pagamento por procedimentos tem sido considerado o querosene que se joga para apagar o incêndio dos custos da saúde, visto que tende a estimular a produção excessiva e desnecessária de procedimentos e não avalia os resultados em saúde. Desse modo, o sistema precisa avançar na questão dos modelos de remuneração de prestadores de serviços sob pena de perder o “bonde da história” (CHRISTENSEN et al., 2009; OMS, 2010; IOM, 2001; BOACHIE et al., 2014; UGÁ, 2012).

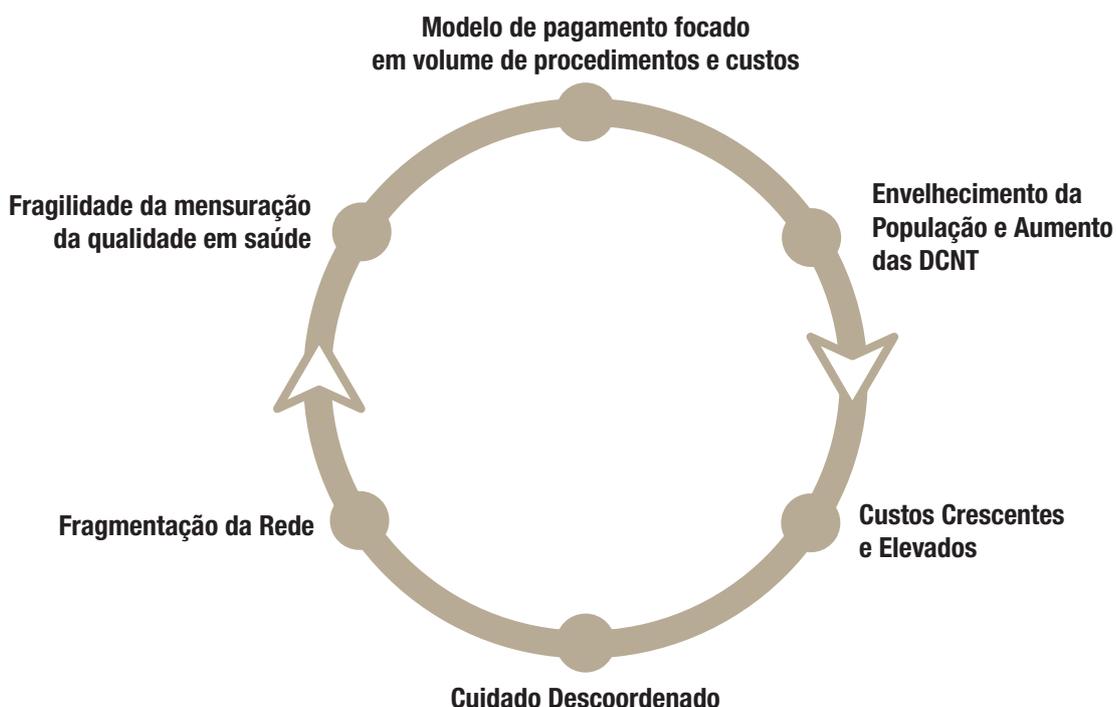
A realização desenfreada de procedimentos, nem sempre necessária, pode ser ilustrada pelo excesso de exames de imagem realizados no país. Segundo Cechin (2017), se fazem no Brasil entre 150 a 160 procedimentos de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada para cada mil pessoas, enquanto nos países ricos da OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, a média é de 60 exames para cada mil pessoas.

Para Andreazzi (2003), um dos problemas mais relevantes é a demanda induzida pela oferta, ou seja, a utilização de serviços de saúde em razão da recomendação do profissional, dada pela assimetria de informação². A importante variabilidade da prática clínica, outro ponto importante a ser considerado quando se avalia modelos de pagamento, pode ser explicada parcialmente por esse fenômeno (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

Assim, o FFS pode induzir a que intervenções sabidamente custo-efetivas não sejam utilizadas, enquanto intervenções inadequadas sejam realizadas, sem nenhuma comprovação de benefício e com eventuais danos à saúde dos pacientes, podendo colaborar para que a atenção à saúde ocorra de forma desvinculada das evidências científicas e sem contribuir para o alcance de melhores resultados em saúde. Portanto, as formas de contratualização e de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde também deveriam ter o papel de induzir a utilização de tecnologias mais custo-efetivas e seguras para os pacientes (UGÁ, 2012; MILLER, 2017). Nesse sentido, o modelo de remuneração adotado pode influenciar tanto o modelo de atenção à saúde quanto a organização da rede em seus diferentes níveis (MENDES, 2011).

O setor suplementar de saúde está inserido nesse contexto, com problemas importantes a serem enfrentados. Fatores como a utilização majoritária do sistema de pagamento por procedimento, que representa um estímulo à competição por clientes e à realização desnecessária de procedimentos; a fragilidade na mensuração da qualidade da atenção à saúde; e a fragmentação da rede assistencial, aliados ao envelhecimento da população, aumento das DCNTs e elevação dos custos em saúde, contribuem para a ineficiência do setor suplementar de saúde, prejudicando o acesso e a qualidade do cuidado (Figura 1).

FIGURA 1. POR QUE DISCUTIR MODELOS DE REMUNERAÇÃO?



Fonte: ANS, 2019

² A assimetria de informações em saúde é uma falha de mercado persistente que se configura como a desigualdade na distribuição de informação entre os atores do sistema, ou seja, quando uma das partes do sistema de saúde detém informações significativas, enquanto que a outra parte não possui informações suficientes para fazer uso do sistema de forma adequada ou suficiente para atender às suas reais necessidades.

Têm se observado experiências no âmbito nacional e internacional de substituição de métodos tradicionais de pagamento por sistemas mistos ou complementados pelo ajuste por desempenho, que impõem a adoção de indicadores de resultado para assegurar maior efetividade (BOACHIE et al., 2014; UGÁ, 2012).

Por outro lado, também tem se tornado consenso a ideia de que não existe um modelo de remuneração ideal, pois todos apresentam distorções. O que se constata é que nenhum modelo praticado atualmente alinha satisfatoriamente os incentivos financeiros com as metas de melhoria dos indicadores de qualidade na atenção à saúde (OMS, 2010; UGÁ, 2012; MILLER, 2017).

Desse modo, uma questão central é a avaliação de modelos de pagamento baseado no desempenho dos prestadores de serviços e seu impacto nos resultados em saúde. Verifica-se um esforço crescente e um aumento significativo de estudos buscando investigar se há um impacto positivo nos resultados a partir da implementação de diversos modelos alternativos ao *Fee For Service*. Entretanto, os resultados são muito diversos, desde experiências com resultados muito positivos a algumas experiências com resultados negativos ou neutros. Em geral, os estudos apontam para a importância do desenho e do contexto no qual as experiências foram realizadas. Além disso, indicam a necessidade de estudos futuros para a confirmação dos resultados encontrados (GOSDEN et al., 2000; CAMPBELL et al., 2009; VAN HERCK et al., 2010; PETERSEN et al., 2006).

1.1 DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR NO SETOR SUPLEMENTAR

Várias críticas têm sido feitas em relação a novos modelos de pagamento implantados na prática. Sob o discurso da racionalização, muitas vezes são estabelecidos cortes de gastos por parte das operadoras de planos de saúde com o objetivo de reduzir os custos sem a devida avaliação da qualidade dos serviços prestados. Alguns críticos consideram que a melhoria dos resultados não tem sido a meta central dos atores do sistema. Pelo contrário, o foco tem sido a minimização dos custos e uma disputa sobre quem vai assumir a conta (UGÁ, 2012; BICHUETTI e MERE JR., 2016). Em realidade, não haverá geração de valor se as variáveis, qualidade e custo, não estiverem conectadas e relacionadas ao cuidado apropriado durante todo o ciclo de cuidado (MILLER, 2017; ICOS, 2017).

Outros desafios para a implementação de modelos de remuneração baseados em valor são:

- Resistência dos prestadores de serviços, sejam médicos ou hospitais, em relação à adoção de modelos diferenciados de pagamento;
- Riscos da implementação de modelos inovadores sem a devida organização do sistema, podendo comprometer a qualidade e a segurança dos serviços prestados;
- Ausência de sistemas de informação;
- Necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos;
- Eventuais distorções, que podem ser provocadas pelos diferentes modelos de remuneração;
- Necessidade de estruturação de um sistema de gestão dos serviços de saúde eficiente e bem organizado, que contemple o acompanhamento de indicadores de saúde;
- Pouco conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico das populações assistidas, com informações relacionadas aos riscos populacionais e sua distribuição geográfica;
- Inexistência de uma clara classificação de hospitais;
- Necessidade de criação ou adaptação e utilização de classificação baseada em diagnósticos.

(UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; PORTER e TEISBERG; 2007; OMS, 2010; MILLER, 2014).

A resistência de prestadores de serviços em aderir a um novo modelo de remuneração é atribuída, muitas vezes, a uma preferência dos prestadores pelo tradicional *Fee For Service*. No entanto, em muitos casos, há outras razões para que os prestadores tenham resistência em participar de Projetos para a adoção de um novo modelo de remuneração, incluindo os seguintes motivos (Miller, 2018):

- Problemas com o desenho do novo modelo de remuneração;
- Pequeno número de beneficiários envolvidos no novo modelo de remuneração;
- Incapacidade para cobrir os custos adicionais, inerentes à transição para o novo modelo de remuneração;
- Falta de reservas financeiras para gerir um aumento do risco relacionado à assistência;
- Falta de dados para estimar o potencial de economias e riscos envolvidos;
- Falta de garantia ou de estabilidade na continuação do novo modelo de remuneração;
- Falha do modelo de remuneração para resolver determinados tipos de necessidades do paciente ou questões particulares da carteira de beneficiários;
- Falta de interesse em fazer as mudanças necessárias para ter sucesso nas reduções de custos ou melhorias na qualidade.

A implantação de novos modelos de remuneração é muito mais propensa a ser bem-sucedida se os prestadores participam voluntariamente. Desta forma, ao invés de tentar impor o novo modelo de remuneração a prestadores resistentes à mudança, faz sentido projetar o modelo de remuneração de modo a evitar os problemas descritos acima, procurando adotar as seguintes medidas (Miller, 2018):

- Envolver os prestadores na elaboração do Projeto de implantação do novo modelo de remuneração;
- Padronizar projetos e medidas, mas, sempre que possível e necessário, permitir alguma flexibilidade;
- Permitir aos prestadores acessar dados apurados pela operadora, relativos aos cuidados que os seus pacientes estão recebendo;
- Reduzindo os riscos financeiros mais elevados para os prestadores durante o período inicial de implementação do novo modelo de remuneração;
- Revisão dos dispositivos contratuais que criam barreiras à incorporação do novo modelo de remuneração.

Buscando nortear esta discussão, a ANS montou um grupo de trabalho (GT) sobre modelos de remuneração, composto por representantes de entidades médicas, de prestadores de serviços, de operadoras de planos de saúde, de universidades, além de outros agentes interessados na questão com o intuito de discutir modelos inovadores e alternativos ao *Fee For Service*.

A premissa norteadora do mencionado GT de Modelos de Remuneração é que as formas de pagamento são indutoras de mudança do modelo de prestação de serviço, impactando em toda a cadeia de produção em saúde, inclusive nas relações entre os diversos atores envolvidos (ANS, 2016).

A adoção de novos modelos de remuneração no Brasil, em particular na saúde suplementar, ainda é notadamente um grande desafio a ser enfrentado, o que justifica o papel da ANS de facilitar o diálogo entre todos os atores e induzir a adoção de modelos inovadores com vistas a melhorar a efetividade do sistema de saúde sem perda de qualidade.

2. GRUPO DE TRABALHO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Como já mencionado, o Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração (GT) foi criado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no dia 14 de setembro de 2016, no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial - LAB-DIDES, mediante a compreensão de que os modelos de remuneração podem contribuir para a sustentabilidade do setor e ser um instrumento indutor da qualidade do cuidado em saúde. O GT foi coordenado pela Diretoria Adjunta da DIDES até setembro de 2017. Em outubro de 2017, após realocação nas atribuições relativas a alguns dos projetos desenvolvidos na DIDES, o GT passou a ser coordenado pela Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - GEEIQ/DIDES.

Vale ressaltar a relevância da temática abrangida no GT, em um contexto de ampliação do debate acerca da necessidade de reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países, considerando as perspectivas de aumento da qualidade do cuidado em saúde e de eficiência na utilização dos recursos financeiros (OMS, 2010; ANS, 2018).

As relações contratuais entre operadoras de planos privados e sua rede de prestadores de serviços de saúde constituem um ponto de conflito que historicamente permeia as interações estabelecidas no setor suplementar de saúde, em especial no que se refere aos aspectos remuneratórios. Assim, o referido contexto enseja o desafiador debate acerca da necessidade de implementação de novos modelos de remuneração no setor suplementar de saúde brasileiro, desafio assumido pela ANS e pelas demais instituições envolvidas no GT de Modelos de Remuneração que acontece em 3 (três) fases que serão apresentadas a seguir.

2.1. FASE 1 - GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

A Fase 1 do GT de Modelos de Remuneração ocorreu de 14 de setembro de 2016 a 15 de agosto de 2017. Participaram da Fase 1 do GT, as mais diversas representações do setor suplementar de saúde, como representantes de operadoras de planos privados de saúde, representantes de prestadores de serviços de saúde, entidades representativas de profissionais de saúde e representantes da indústria do setor saúde. Os temas das reuniões da Fase 1 do GT foram organizados de modo a atender a necessidade de homogeneização e balizamento do conhecimento entre os participantes e sobre as vantagens e desvantagens de cada modelo de remuneração, além do compartilhamento de experiências.

Nesta primeira fase, o papel da ANS foi, essencialmente, apresentar estudos sobre os principais modelos de remuneração, enfocando a experiência internacional e um comparativo entre os modelos identificados no exterior com as experiências em andamento no Brasil, em especial no setor suplementar de saúde. Foram realizados também estudos internos e apresentações de convidados nacionais e internacionais.

2.2. FASE 2 - GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Em novembro de 2017 teve início a Fase 2 do GT de Modelos de Remuneração, estruturada a partir dos debates ocorridos durante a realização da Fase 1. Nesta segunda fase, foi estabelecida uma dinâmica que permitisse contemplar a identificação de estratégias para viabilizar a implementação efetiva de modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar.

2.3. FASE 3 - GT DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

A Fase 3 terá início a partir de 2019, na qual serão efetivamente testados modelos de remuneração por meio de projetos-piloto.

Nesse sentido, o presente documento tem como objetivo instrumentalizar operadoras e prestadores de serviços interessados em estabelecer experiências concretas de adoção de modelos de remuneração inovadores baseados em valor, estabelecendo as diretrizes gerais para a participação da Fase 3 do GT.

Vale ressaltar que a essa terceira fase terá metodologia similar a outros projetos de indução da melhoria da qualidade da assistência à saúde implementados pela ANS, como Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e o OncoRede, que já estimulam a implementação de projetos que contemplam modelos de remuneração inovadores. Esses Projetos têm sido acompanhados pela ANS e poderão subsidiar as experiências que serão estimuladas pelo GT de Remuneração, contribuindo para ampliar a compreensão do tema.

A síntese dos debates e encaminhamentos relacionados às reuniões ocorridas até o momento, nas Fases 1 e 2 do GT de Modelos de Remuneração, consta no Relatório Descritivo do GT de Remuneração, que está disponível no portal da ANS em:



http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/gt-remuneracao-relatorio-descritivo.pdf

Além disso, a ANS disponibiliza em seu portal institucional na internet o registro de apresentações e discussões ocorridas ao longo do GT de Modelos de Remuneração em:



<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-remuneracao>

3. MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DE MANEIRA HEGEMÔNICA

Com a crescente crítica ao modelo de pagamento baseado exclusivamente na execução de procedimentos, os sistemas de saúde mundiais têm migrado para diferentes modelos de pagamento (AAS, 1995; NORONHA et al., 2004; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014). Ainda que os sistemas de saúde mundiais utilizem cada vez mais sistemas de remuneração mistos, para contextualizar a discussão, procurou-se fazer um compilado com a descrição crítica individualizada dos dois principais modelos de remuneração que classicamente vêm sendo praticados no setor suplementar de saúde, o *Fee For Service*, no cuidado ambulatorial e especialidades; e o Pagamento por Diárias, na atenção hospitalar. Além da caracterização, serão discutidos os possíveis vieses e distorções desses modelos de remuneração.

Ao final da descrição do modelo de remuneração, será adicionada uma matriz que objetiva resumir os seus principais aspectos.

3.1. PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO (*FEE FOR SERVICE* - FFS)

Como foi dito anteriormente, o *Fee For Service*, também conhecido como modelo de conta aberta, é o modelo hegemônico de remuneração de prestadores de serviços, especialmente de profissionais de saúde, e é muito utilizado no setor privado brasileiro.

Essa forma de remuneração pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, onde a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens utilizados (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares) (AAS, 1995; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2017).

A operacionalização do FFS requer uma lista de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que devem ser identificados separadamente. Os valores de remuneração dos itens são determinados *ex-ante*, ou seja, é uma modalidade de remuneração na qual o valor do procedimento é estabelecido previamente para serviços posteriormente prestados. Desse modo, os pagamentos são realizados após a execução dos serviços (AAS, 1995; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2017).

O FFS é caracterizado essencialmente pelo estímulo à competição por usuários e pela remuneração por quantidade de serviços produzidos. Uma das principais críticas a este modelo reside no fato da demanda ser induzida pela oferta, ou seja, há produção excessiva de procedimentos pelos prestadores de serviços que nem sempre são necessários para o paciente. Desse modo, há estímulo à sobreutilização de serviços, principalmente os que proporcionam remuneração mais elevada. Consequentemente, a atenção dos pacientes é afetada negativamente, seja porque pode gerar efeitos adversos, seja por submeter o paciente a desconfortos evitáveis e indesejáveis, levando ao aumento desnecessário no custo da assistência à saúde. O modelo também não considera os resultados em saúde nem a qualidade dos serviços prestados (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2017).

Ainda assim, sofrendo uma série de críticas e apontadas várias distorções, o FFS tem sido utilizado na atenção ambulatorial em diversos países da União Europeia e tem sido utilizado de forma mista, em conjunto com o *Capitation* e outros modelos baseados no ajuste de desempenho dos prestadores (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; MILLER, 2017).

O FFS continua sendo o método de pagamento predominante na Atenção Especializada fora do Brasil, em conjunto ou não com outros modelos de remuneração, em países como Bélgica, Áustria, Dinamarca, França, Holanda, México e Suíça, dentre outros (OECD, 2016). No entanto, alguns países, como a Suécia e o Reino Unido incorporaram formas mistas, como Orçamentos Globais e Pagamento por Desempenho (P4P) por meio de bônus (AUDIT COMMISSION, 2010; OECD, 2016).

De acordo com Miller (2017), para a correção das limitações do FFS, para além do modelo de P4P, que será apresentado a seguir, e outros modelos alternativos que têm sido utilizados, seria necessário a adoção de modelos centrados no paciente e implementados na perspectiva de garantir bons resultados em saúde a um custo mais acessível possível tanto para os pacientes como para os planos de saúde (MILLER, 2017).

3.1.1. PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO *FEE FOR SERVICE*

O Quadro 1 resume os principais aspectos apresentados sobre o *Fee For Service*, como as vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como possíveis formas de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

Este modelo de matriz será apresentado ao fim de cada modelo de remuneração. Cabe ressaltar que a lista apresentada é exemplificativa, portanto, podem ser adicionados outros aspectos não mencionados.

QUADRO 1 – *FEE FOR SERVICE* – PRINCIPAIS ASPECTOS:

<i>Fee For Service</i>			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<p>Prestador é pago por cada serviço prestado; Pagamentos maiores para pacientes que precisam de mais procedimentos; Pagamento de um prestador não depende de aspectos que fujam diretamente do seu controle; Prestador de serviços sabe previamente o valor a ser pago antes da realização do procedimento; Garantia do acesso aos procedimentos; Garantia da prestação dos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo marginal de cuidado.</p>	<p>Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados; Sobreutilização de serviços, principalmente os de remuneração superior; Valores pagos frequentemente inferiores ao custo para a execução de cuidados apropriados de alta qualidade; Não realiza pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos e de educação em saúde; Dificulta a estimação de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores; Contribui para a alta variabilidade da prática clínica O modelo pode contribuir para gastos com saúde mais altos do que o necessário e para a qualidade e resultados do cuidado abaixo do desejável.</p>	<p>Utilização do modelo em casos específicos, como por exemplo, pagamento de consultas com especialistas; Adicionar pagamento por desempenho, para buscar maior garantia de resultados e qualidade da assistência; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para os procedimentos; Integração da rede assistencial.</p>	<p>Custo unitário das unidades de serviço; Protocolos clínicos e cirúrgicos; Tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado; Lista de procedimentos que devem ser identificados separadamente.</p>

Fonte: Adaptado de: MILLER, 2017; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; ANDREAZZI, 2003; BICHUETTI e MERE JR, 2016.

3.1.2. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO *FEE FOR SERVICE*:

Esta subseção apresenta quadro contendo exemplificações dos elementos necessários para a implementação deste modelo de pagamento (*Fee For Service*).

QUADRO 2 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO *FEE FOR SERVICE*:

<i>Fee For Service</i>					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Não	Incentivo ao volume?	Sim	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Não
Necessita de monitoramento com indicadores?	Não	Há compartilhamento de risco?	Não	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Não
Necessita realizar auditoria?	Sim	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Não
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Sim	Há contratualização de metas?	Não	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Não
		Remuneração variável*?	Não	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Não
		Há incentivo ao moral hazard**?	Sim	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Sim
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Não	Estimula o comportamento preventivo?	Não
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Não	Forma de pagamento por procedimento individual?	Sim
		Há incentivo à produção?	Sim		
		Há incentivo à produtividade?	Sim		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Não		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

3.2. PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES (*PER DIEM*)

Esse modelo é específico para remuneração de internações hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dia de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos, correspondente ao número de diárias – ou seja, ao somatório do tempo de permanência dos pacientes internados no período em questão multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária (AAS, 1995; UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

Comumente a diária hospitalar inclui somente a “hotelaria” do hospital a depender de o paciente estar internado em quarto, enfermaria ou UTI. À diária hospitalar são acrescidos os gastos com materiais, medicamentos, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias - SADT e honorários médicos.

O pagamento por diárias pode ser subdividido em dois tipos principais (SOUZA et al., 2014):

I. **Diária Global:** Trata-se da precificação única de um conjunto de serviços hospitalares e engloba a maioria dos itens relacionadas à internação do paciente, seguindo a lógica do pacote, porém, não incluiu procedimentos de centro cirúrgico e normalmente é utilizada para casos clínicos. Na diária Global, cobra-se o número de diárias de acordo com a permanência do paciente e a acomodação utilizada, e para os demais itens da internação é realizada a cobrança por conta aberta.

II. **Diária Semi-Global:** Seguindo a mesma metodologia para cobrança da diária global, esta diária inclui além da diária, estadia do paciente, alguns itens como serviços de enfermagem, materiais de consumo, dieta do paciente e outros itens. Não inclui as despesas globais do paciente internado em uma determinada acomodação, apenas algumas taxas e insumos, para os demais itens da internação é realizada a cobrança por conta aberta. Esse modelo já facilita a padronização de alguns itens e a preparação para a implantação da diária global.

Em grande parte dos países que adotam este sistema de pagamento, tendo em vista as enormes disparidades de custo de cada tipo de internação, que depende não apenas do tempo de permanência, são definidos valores diferenciados segundo a complexidade do hospital e outras especificidades como a especialidade médica – clínica médica, clínica cirúrgica, UTI, etc. (UGÁ, 2012).

Devido às potenciais distorções que esse modelo acarreta, o modelo de diárias hospitalares (Per Diem) tem sido considerado altamente insatisfatório. Por isso, na maior parte dos países que o adotavam na sua forma original, este modelo tem sido associado a outros, constituindo sistemas mistos. Os países da OCDE estão gradualmente suprimindo essa forma de remunerar hospitais. A Noruega, por exemplo, já abandonou o pagamento por diárias hospitalares desde o início da década de 1980. Essa mudança ocorreu devido ao crescente aumento do número de dias de internação, um efeito nocivo atribuído a essa forma de remunerar (UGÁ, 2012; BOACHIE, 2014).

3.2.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES:

O Quadro 3 resume os principais aspectos relativos ao pagamento por diárias hospitalares, como as possíveis vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como sugestões de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

QUADRO 3 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES:

Pagamento por Diárias Hospitalares - Per Diem			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Previsão de gastos e receitas por diária de internação; Pode-se incluir a formação de pacotes de pagamento, dando maior previsibilidade aos custos hospitalares.	Valor pago não estar atrelado ao custo efetivo de cada paciente tratado; Seleção de pacientes de acordo com o quadro clínico; Pode induzir o aumento do número de admissões e a duração da internação.	Utilização associada com outros modelos; Adoção de protocolos de tratamento; Acompanhamento de indicadores de qualidade e segurança do paciente; Ajuste do pagamento por fatores de risco; Contratualização entre operadora e prestador que contemple objetivos e metas claramente definidos; Avaliação sistemática da experiência do paciente.	Custo da diária de internação hospitalar.

Fonte: Adaptado de: UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014

3.2.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES:

O Quadro 4 exemplifica os elementos necessários para a implementação do modelo de pagamento por diárias hospitalares.

QUADRO 4 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES:

Pagamento por diárias hospitalares – Per Diem					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Não	Incentivo ao volume?	Sim	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Não
Necessita de monitoramento com indicadores?	Não	Há compartilhamento de risco?	Não	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Não
Necessita realizar auditoria?	Sim	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Não
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Sim	Há contratualização de metas?	Não	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Não
		Remuneração variável*?	Não	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Não
		Há incentivo ao moral hazard**?	Sim	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Sim
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Não	Estimula o comportamento preventivo?	Não
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Não	Forma de pagamento prorrateado individual?	Sim
		Há incentivo à produção?	Sim		
		Há incentivo à produtividade?	Sim		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Não		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4. MODELOS DE REMUNERAÇÃO ALTERNATIVOS AO *FEE FOR SERVICE* E AO PAGAMENTO POR DIÁRIAS HOSPITALARES

Há diferentes modelos de remuneração que vem sendo introduzidos em experiências nacionais e internacionais como alternativa ao *Fee For Service* e ao pagamento por Diárias Hospitalares. O primeiro dos modelos apresentados neste capítulo será o pagamento por desempenho (*Pay For Performance* – P4P), usualmente considerado um contraponto e uma alternativa ao modelo baseado exclusivamente na produção de procedimentos, que pode ser utilizado, inclusive, de forma associada ao *Fee for Service*.

Em seguida, serão discutidos modelos que já vêm sendo classicamente utilizados, isoladamente ou de forma combinada, como alternativa ao *Fee For Service* e ao Pagamento por Diárias Hospitalares: *Capitation*; Orçamentação global e parcial; *Diagnosis Related Groupings* (DRG); e Assalariamento.

Por fim, no subitem 4.7 são apresentados elementos relativos aos modelos de remuneração inovadores implementados no bojo da reforma do Sistema de Saúde dos Estados Unidos da América.

4.1 PAGAMENTO POR DESEMPENHO (*PAY FOR PERFORMANCE* – P4P)

O pagamento por desempenho ou *Pay For Performance* (P4P) tem sido apontado como alternativo ao *Fee For Service* - modelo padrão de remuneração de prestadores de serviços, embora não se constitua, em si mesmo, um modelo de remuneração.

O P4P caracteriza-se pela remuneração ajustada pelo desempenho dos prestadores de serviços, entretanto é uma espécie de “guarda-chuva”, que deve estar associado a outro modelo específico. Desse modo, o P4P ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho através de algum método já existente, em geral por orçamento global ou por *Capitation* e, em alguns casos, por DRG ou até mesmo o próprio FFS ou ainda criando outras propostas inovadoras.

Para ser considerado um modelo P4P, deve haver a previsão de avaliação do desempenho do prestador e é fundamental a mensuração de indicadores de qualidade da atenção de uma dada população, que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos (UGÁ, 2012; MILLER, 2017). Em alguns países tem sido incorporada também ao P4P a preocupação em relação ao tipo de tecnologia a ser adotado para a utilização racional e custo-efetiva dos recursos disponíveis (UGÁ, 2012).

O P4P tem como objetivo a busca pela redução dos custos globais do sistema de saúde e o aumento da qualidade na atenção à saúde, bem como da efetividade dos serviços. Esse modelo vem sendo implementado em vários países europeus como Reino Unido, França, Finlândia, Polônia e Portugal, dentre outros, desde o final dos anos 1990 e de forma crescente nos EUA, principalmente no âmbito das recentes reformas empreendidas no sistema de saúde americano conhecido como “*ObamaCare*” (UGÁ, 2012; MILLER, 2017).

Entretanto, o relatório elaborado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2010) chama atenção para o fato de que mesmo as formas de remuneração ajustadas pelo desempenho dos prestadores de serviços podem gerar distorções e aponta para a necessidade de cuidado na implementação de novos modelos, para que não gerem efeitos indesejados como desassistência da população por seleção de pacientes ou retardo na referência aos níveis secundários e terciários de atenção (OMS, 2010).

Miller (2017) também aponta que, na maioria dos sistemas que implementam o P4P, o prestador de serviços de saúde ainda é pago usando a mesma estrutura do *Fee For Service* que existia anteriormente, com a diferença de que o valor do pagamento de um serviço individual é modificado com base no desempenho do prestador de serviços em relação à qualidade do atendimento.

Ademais, Miller (2017) faz severas críticas a esse modelo por não garantir, necessariamente, que os serviços prestados sejam apropriados, de alta qualidade e alcancem os resultados desejados para um paciente específico. Isso decorre do fato de que os indicadores de qualidade utilizados são tipicamente definidos para um grupo de pacientes, não para cada paciente individualmente e, em geral, retrospectivamente. Desse modo, o prestador continua sendo remunerado quando um serviço é prestado a um paciente individual, mesmo que esse serviço não atenda ao padrão de qualidade para aquele paciente especificamente.

Muitos estudos sobre o impacto do P4P nos resultados em saúde têm sido realizados de forma crescente no mundo. Campbell e colaboradores (2009) demonstraram que, após a implantação do P4P em 2004 na atenção primária no Reino Unido, houve uma melhora de parte dos resultados dos indicadores em um momento inicial da implementação, com piora em outros indicadores, levantando-se a hipótese de que depois de um período de melhora nos resultados é mais difícil manter o ritmo de crescimento. Outra hipótese levantada foi que o sistema de pagamento por desempenho pode não estimular a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas.

A literatura aponta que alguns estudos evidenciaram que existe impacto positivo no sistema de pagamento por desempenho sobre a qualidade da atenção à saúde, entretanto em menor escala do que o esperado. Esses resultados podem ser explicados em parte porque o P4P tem sido aplicado considerando indicadores de processo e não de resultados sobre a saúde da população (UGÁ, 2012). Por outro lado, Van Herck e colaboradores (2010) avaliaram por meio de revisão sistemática os efeitos do P4P em relação à efetividade clínica e equidade na atenção primária e em hospitais de agudos e constataram efeitos positivos de equidade e custo-efetividade, além da ocorrência mínima de consequências não previstas.

Embora a efetividade dos programas de P4P implementados seja altamente variável, a revisão sistemática realizada por Van Herck e colaboradores (2010) fornece mais indicações de que os programas podem melhorar a qualidade do atendimento quando idealmente projetados e alinhados com o contexto.

Alguns exemplos de modulações do P4P:

- Selecionar e definir objetivos e metas para o modelo, considerando a melhoria da linha de base;
- Monitorar indicadores de processo e de resultado;
- Buscar o maior envolvimento dos atores do setor e incentivar a comunicação entre as partes durante as fases de desenvolvimento, implementação e avaliação do novo modelo;
- Disponibilizar o maior montante de informações sobre o programa;
- Estabelecer um modelo uniforme de P4P para todas as fontes pagadoras;
- Focar na melhoria da qualidade do cuidado em saúde, não na redução dos custos assistenciais; e
- Distribuir os incentivos no nível individual ou de equipes específicas.

Fonte: Van Herck et al. (2010)

Petersen e colaboradores (2006) também fizeram uma revisão sistemática de estudos empíricos para avaliar a relação entre incentivos financeiros explícitos e melhoria da qualidade do cuidado em saúde e verificaram que as políticas de incentivo exigem um desenho muito cuidadoso e atenção na implementação, com vistas a evitar distorções como a seleção adversa, em locais onde os profissionais podem evitar pacientes mais graves. Um dos desafios seria

criar incentivos financeiros com os objetivos pretendidos claramente estabelecidos. Os autores concluíram que o acompanhamento contínuo dos programas de incentivo é fundamental para determinar a efetividade dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não previstos na qualidade do atendimento (PETERSEN et al., 2006).

Em 2014, a OCDE elaborou um consistente estudo de caso sobre modalidades de remuneração de serviços de saúde e alocação de recursos, incluindo no painel tanto países com altos gastos em saúde, como países com reduzidos gastos em saúde.

O Quadro 5 exemplifica alguns países que utilizam o pagamento por desempenho para remuneração de serviços de atenção especializada, e as metas a serem cumpridas para o modelo.

QUADRO 5 – PAGAMENTO POR PERFORMANCE – ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA:

País	Metas do Pagamento por Desempenho ou P4P						Pagamento por Bônus	
	Cuidados Preventivos	Gestão de doenças crônicas	Aprimoramento dos Serviços de TI	Satisfação do Paciente	Eficiência	Outros	Individual	Organização
Chile	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
Japão	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	-	-
Coréia	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Espanha	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
França	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	Sim	Não

Legenda: SIM NÃO

Fonte: Questão 38, OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates. 2016.

Nota: O método predominante de pagamento foi determinado pelos países, com base na participação no gasto total, número de contratos ou número de prestadores.
 Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS

4.1.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO PAGAMENTO POR DESEMPENHO OU P4P

O Quadro 6, apresentado a seguir, resume os principais aspectos apresentados sobre o Pagamento por Desempenho ou P4P, como as vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como sugestões de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

QUADRO 6 – PAGAMENTO POR DESEMPENHO OU P4P – PRINCIPAIS ASPECTOS:

Pagamento por Desempenho ou P4P			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Acompanhamento da qualidade da assistência por meio de indicadores; Diminuição do risco de consequências não previstas; Apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade	Não garante que os serviços prestados sejam apropriados, de alta qualidade e alcancem os resultados desejados para um paciente específico; Prestador continua sendo remunerado quando um serviço é prestado a um paciente individual, mesmo que esse serviço não atenda ao padrão de qualidade para aquele paciente especificamente; Não estimula a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas.	Criar incentivos financeiros com os objetivos pretendidos claramente estabelecidos; Acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não previstos na qualidade do atendimento; Coordenação do cuidado; Uso de sistemas de informação qualificados; Integração da rede assistencial; Divulgação do modelo de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade; Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; Avaliação sistemática da experiência do paciente.	Custo + Medidas de Qualidade; Desempenho do Prestador; Infraestrutura tecnológica eficiente, para a análise adequada das informações obtidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas nos indicadores de saúde – sem comprometer o sigilo médico.

Fonte: Adaptado de: MILLER, 2017; UGÁ, 2012; CAMPBELL et al., 2009; PETERSEN et al., 2006; VAN HERCK et al., 2010; BESSA, 2011.

4.1.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO PAGAMENTO POR DESEMPENHO OU P4P

O quadro apresentado nesta seção exemplifica elementos necessários para a implementação deste modelo de pagamento.

QUADRO 7 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO P4P:

Pagamento por Desempenho ou P4P					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Sim	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Sim
Necessita de monitoramento com indicadores?	Sim	Há compartilhamento de risco?	Sim	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Sim
Necessita realizar auditoria?	Não	Monitora indicadores de processo?	Sim	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Sim
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Sim	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Sim
		Remuneração variável*?	Sim	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Mix de pré e pós-pagamento
		Há incentivo ao moral hazard**?	Não	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Mix de pré e pós-pagamento
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Não	Estimula o comportamento preventivo?	Indiferente
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Sim	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		

Pagamento por Desempenho ou P4P					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
		Há incentivo à produtividade?	Sim		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Não		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.2. FEE FOR SERVICE COM BÔNUS POR PERFORMANCE (FFF + P4P)

Trata-se do mesmo padrão do *Fee For Service*, ou seja, o modelo de conta aberta sobre o qual são aplicados bônus por atingimento de indicadores clínicos de desfecho previamente pactuados entre as partes. Este modelo surgiu como uma forma de incentivar que prestadores de serviços de saúde aumentem sua eficiência e produzam melhores resultados, sem abandonar o modelo atual. Nele, os prestadores de serviço continuam sendo remunerados tendo como referência cada serviço oferecido, porém, são adicionadas medidas de desfecho ligadas principalmente ao resultado obtido dentro daquele escopo de serviço, ou seja, bônus ou penalidades podem ser adicionados ao pagamento existente (ICOS,2017). Um modelo semelhante foi implementado pela reforma do sistema de saúde americano, chamado *Medicare Shared Savings Program*, o qual será descrito em maiores detalhes posteriormente

O Instituto Coalizão Saúde (2017) aborda este modelo como uma forma transitória, que pode ser interessante por facilitar que os agentes da cadeia migrem gradualmente de um modelo voltado a volume para outro orientado a valor em saúde. A existência de indicadores clínicos claros e o compartilhamento de economia gerada podem colaborar para a redução de eventuais abusos e para a geração de valor ao paciente, reduzindo sinistralidade e diminuindo custos dentro daquela população específica. A utilização deste modelo transitório pode expandir ou melhorar tratamentos convencionais, por incentivar a inovação.

Dentre as desvantagens do FFF + P4P, destaca-se o fato de oferecer baixa previsibilidade de receitas ao prestador de serviços e de sinistros para Operadoras de Planos de Saúde, o que pode estimular a desconfiança nos relacionamentos entre as partes (ICOS, 2017). Além disso, o FFS + P4P não faria distinção entre serviços necessários e desnecessários, e não atuaria para resolver problemas na remuneração de serviços fundamentais para a melhoria da qualidade, como: a coordenação do cuidado, atenção primária, cuidados paliativos, etc. Desse modo, todo o sistema continua a ser pago da mesma maneira, apenas com o acréscimo de uma variável por performance do serviço prestado (MILLER, 2017).

4.3 CAPITAÇÃO (CAPITATION)

Um dos modelos mais amplamente discutidos é o chamado *Capitation*, que é definido como um modelo de remuneração de médicos ou outros prestadores de serviços de saúde, por meio do estabelecimento de um valor fixo por paciente cadastrado (*per capita*) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados, para uma população definida, em um período de tempo especificado. O prestador recebe um montante de recursos periodicamente, geralmente anual, que equivale ao número de indivíduos a ele adscritos, multiplicado por um valor *per capita*. Este valor unitário é frequentemente ajustado por risco, considerando, pelo menos, o sexo e a idade da população. A remuneração independe da quantidade de serviços prestados e esse valor fixo é pago antecipadamente (*ex ante*) (AAS, 1995; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

Há a possibilidade de implementar a captação por região geográfica ou captação por lista de pacientes. Com a captação por região geográfica, o recurso financeiro é alocado, em geral, para uma autoridade sanitária, para os

cuidados em saúde de uma população em uma determinada área. Com a lista de pacientes, o recurso é alocado a um prestador para cuidar da saúde de todos os indivíduos inscritos em uma lista, havendo a possibilidade, nesse caso, de escolha do prestador pelo usuário dos serviços (AAS, 1995). A segunda forma de captação, por lista de pacientes, é mais comum e mais facilmente implementável na saúde suplementar.

Desse modo, o prestador de serviços absorve parte do risco, uma vez que concorda em fornecer serviços de saúde a uma determinada população segurada independentemente do custo real dos serviços. O custo poderá ser menor ou exceder os valores recebidos previamente, tornando o prestador em uma espécie de “mini seguro”, pois recebe um “prêmio” garantido para fornecer serviços cujo custo e valor reais não são conhecidos inicialmente. Esse sistema pode induzir a uma redução do acesso aos serviços, seleção de risco ou baixa qualidade, caso o valor pactuado seja muito baixo (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

Os elementos principais de um sistema de *Capitation* típico são:

- I. o pagamento está vinculado a um grupo de pacientes definido;
- II. o cuidado é pré-pago por um valor predeterminado; e
- III. há um risco para o prestador de serviço, caso as despesas excedam os pagamentos.

Esse modelo de pagamento pode ser parcial ou total/global, caso se aplique a alguns ou a todos os tipos de serviços prestados. O *Capitation* parcial, em geral, implica que o montante de recursos pagos *per capita* seja prospectivamente determinado e o orçamento só se aplica a alguns serviços (geralmente cuidados primários) prestados por um determinado centro médico ou uma rede de serviços, e todos os demais serviços (secundários ou terciários) são pagos fora do sistema de *Capitation*. Já o *Capitation* total ou global implica na cobertura de todo o pacote de serviços negociado entre um comprador e um prestador de serviços ou grupo de prestadores. Na maior parte dos casos, o comprador organiza todos os prestadores para formar redes de referência de modo a cobrir todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário, facilitando o uso do modelo completo. Um dos exemplos, seria o caso das *Accountable Care Organizations* – ACOs. (BOACHIE et al., 2014).

O *Capitation* vem sendo expressivamente adotado por diversos países para a remuneração de serviços de atenção primária, sendo adotado pela Espanha, em conjunto com o *Fee For Service* e ajustado por idade, densidade e dispersão; em Portugal e na Suíça, este modelo é utilizado na atenção primária com ajustes de risco para idade, sexo, condição de saúde e utilização prévia do serviço; na Bélgica, o *Capitation* é utilizado em conjunto com o FFS para a atenção primária e na Holanda utiliza-se um misto de FFS, *Capitation* e pagamento por performance (Cots et al., 2009; Crespo-Cebada e Urbanos-Garrido, 2012; OECD, 2016). Esse modelo tem sido também utilizado há décadas no sistema de saúde britânico para remuneração de médicos generalistas (*general practitioners* – GP) que atuam como porta de entrada no sistema de saúde. Foi estendido para os gestores do sistema em nível microrregional, na reforma dos anos noventa do século XX, isto é, os GP-*fundholders* (gestores de recursos públicos) e para as autoridades sanitárias locais (UGÁ, 2012).

Embora apresente a vantagem da previsibilidade do gasto do órgão pagador e da receita do prestador de serviço e possa restringir custos, o *Capitation* pode afetar o acesso, a qualidade e quantidade dos serviços, podendo impactar negativamente nos resultados em saúde. Destaca-se que apenas reduzir custos não implica, necessariamente, em maior eficiência. Ademais, avaliar qualidade sobre uma base populacional acrescenta complexidade ao sistema, sobretudo se houver dados estatísticos limitados. (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

A maioria dos países da OCDE usa formas combinadas de pagamento, mesclando o modelo do *Capitation* com pagamentos na estrutura *Fee For Service*, para a atenção primária. Modalidades mistas de remuneração ou alocação de recursos podem significar que diferentes mecanismos são aplicados a diferentes prestadores de atenção primária, ou ainda que a remuneração do profissional de saúde é feita por meio de um *mix* (sistemas híbridos) (OECD, 2016).

Na atenção primária, quase todos os países da OCDE que utilizam o *Capitation* ajustam o pagamento por fatores de risco (por exemplo, idade, sexo, estado de saúde, dentre outros), com o objetivo de desencorajar a restrição de cuidado e a escolha seletiva de pacientes (OECD, 2016).

O quadro a seguir demonstra os ajustes utilizados no pagamento por capitação de prestadores de cuidados primários, por países da OCDE.

QUADRO 8 – AJUSTES UTILIZADOS NO PAGAMENTO POR CAPITAÇÃO DE PRESTADORES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS, POR PAÍSES DA OCDE -2016:

Países	Há ajustes de risco na capitação?	Se sim, para quais fatores de risco				
		Idade	Gênero	Situação de saúde/co-morbidades	Utilização de serviços	Outros
Bélgica	Não					
Canadá	Sim					
Chile	Sim					
República Checa	Sim					
Dinamarca	Não					
Estônia	Sim					
Hungria	Sim					
Irlanda	Sim					
Israel	Sim					
Itália	Sim					
México	Não					
Holanda	Sim					
Nova Zelândia	Sim					
Noruega	Não					
Polônia	Sim					
Portugal	Sim					
Eslováquia	Sim					
Eslovênia	Sim					
Espanha	Sim					
Suécia	Sim					
Suíça	Sim					
Turquia	Sim					
Reino Unido	Sim					

Legenda: SIM NÃO

Fonte: Questões 27, OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates. 2016.

Nota: O método predominante de pagamento foi determinado pelos países, com base na participação no gasto total, número de contratos ou número de prestadores.

Libre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS

4.3.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE REMUNERAÇÃO *CAPITATION*

O quadro apresentado a seguir, resume os principais aspectos apresentados sobre o *Capitation*, como as vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como sugestões de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

QUADRO 9 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO *CAPITATION*:

Capitation			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Previsibilidade do gasto do órgão pagador; Previsibilidade da receita do prestador de serviço; Redução de custos; Gerenciamento da utilização dos serviços pelo médico, podendo reduzir exames e procedimentos desnecessários e estimular a adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde para diminuir a utilização de serviços e permitir a continuidade da atenção.	Pode induzir a uma redução do acesso aos serviços ou baixa qualidade, caso o valor pactuado seja muito baixo; Subprodução de serviços, já que o valor recebido pelo prestador independe da produção, sendo atrelado ao número de pessoas adstritas e não ao número de pacientes tratados; Maior concentração dos riscos; Necessidade de acompanhar dados estatísticos para que o modelo funcione adequadamente; Pode gerar impacto negativo nos resultados em saúde.	Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; Divulgar os modelos de remuneração para a população cadastrada ou inscrita; Considerar a inclusão de um ajuste de risco para proteger os prestadores de serviços e os pacientes; Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; Incentivar a Coordenação do cuidado e a integração das redes assistenciais; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas.	Custo unitário das unidades de serviço; Protocolos clínicos e cirúrgicos; Incidência dos procedimentos; Informações relacionadas aos riscos populacionais geograficamente distribuídos; Sólida e complexa base estatística das enfermidades, região por região, faixa etária, raça, sexo e outras características.

Fonte: Adaptado de: UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016

4.3.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO *CAPITATION*

O quadro 8, apresentado a seguir, exemplifica elementos necessários para a implementação do *Capitation*.

QUADRO 10 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO *CAPITATION*:

Capitation					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Sim	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Sim
Necessita de monitoramento com indicadores?	Sim	Há compartilhamento de risco?	Sim	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Sim
Necessita realizar auditoria?	Não	Monitora indicadores de processo?	Sim	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Sim
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Sim	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Sim

Capitation					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
		Remuneração variável*?	Sim, no modelo híbrido com bônus	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Sim***
		Há incentivo ao moral hazard**?	Não	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Não***
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Sim	Estimula o comportamento preventivo?	Sim
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Sim	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		
		Há incentivo à produtividade?	Não		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Sim		

***Capitação pode adotar mix de pré e pós-pagamento.

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.4. ORÇAMENTAÇÃO (GLOBAL E PARCIAL)

A orçamentação consiste no estabelecimento de um montante de recursos estimado por meio de uma programação orçamentária com valores geralmente baseados em pagamentos anteriores, série histórica, e ajustados por um fator de inflação para um período de tempo. O estabelecimento dos valores é feito de forma negociada entre prestador e fonte pagadora. Desse modo, as transferências de recursos não estão vinculadas à efetiva produção de serviços. A orçamentação é uma forma de remuneração prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima, anualmente, suas necessidades de gastos e as apresenta ao ente financiador e, em contrapartida, compromete-se com o cumprimento de metas de desempenho, baseadas em métricas de eficiência e qualidade da prestação de serviço (NETO, 2011).

A orçamentação pode ser de dois tipos, a saber, a orçamentação global, que envolve todos os serviços prestados ou a orçamentação parcial, que inclui apenas parte dos serviços prestados como a orçamentação para cuidados ambulatoriais, ou cuidados hospitalares, ou produtos farmacêuticos ou ainda para as unidades de saúde (BOACHIE et al., 2014).

A Orçamentação possibilita ao órgão financiador uma previsão dos seus gastos e à unidade de saúde uma previsibilidade de suas receitas. Entretanto, na prática, quando aplicado isoladamente, sem monitoramento e avaliação da qualidade, esse modelo, por si só, não se traduz em nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos, nem qualitativos (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

Esse sistema tem sido frequentemente utilizado para remuneração de hospitais em países de baixa e média renda. Também pode ser utilizado para a introdução posterior de outros modelos de pagamento ao prestador ou ainda pode ser associada ao DRG, desde que seja respeitada uma orçamentação pré-determinada para o hospital. A contenção de custos poderá ser alcançada a depender do tipo de orçamentação e de sua rigidez. Entretanto, as orçamentações muito rígidas levam os prestadores a se responsabilizarem totalmente pelos riscos, por todos os lucros e perdas,

enquanto as orçamentações mais suaves implicam em uma quantidade fixa de gastos, mas sem penalidade ao prestador em caso de ultrapassar as despesas (UGÁ, 2012; BOACHIE et al, 2014).

A orçamentação é utilizada por alguns países como Áustria, Dinamarca, Espanha, México, Portugal e Turquia, porém, sempre em conjunto com outros tipos de modalidades de remuneração e predominantemente em modelos públicos de prestação de serviços (OECD, 2016).

Vários serviços, como diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos, podem compor um pacote com preço fixo, no modelo de orçamentação. A somatória da média desses valores compõe o pacote a ser utilizado para contratar prestadores de serviços, principalmente no âmbito hospitalar e de exames complementares de diagnósticos e terapêuticos (BESSA, 2011).

Já no setor público brasileiro, uma das modalidades que vem sendo cada vez mais implementadas pelos gestores é o pagamento por Orçamento Global ou Transferência Orçamentária. Em geral, essa modalidade de remuneração não é implementada isoladamente, estando com frequência associada à outra modalidade, dado que se caracteriza primordialmente pelo pagamento de valores adicionais dependentes do desempenho do prestador, de forma a evitar algumas das desvantagens apresentadas pelo modelo, como por exemplo, o potencial incentivo à subutilização dos serviços e à seleção adversa de risco (NORONHA et al., 2004; LIMA e RIVERA, 2012).

4.4.1 OS PACOTES DE CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

No Brasil, no setor suplementar, um modelo semelhante à orçamentação vem se proliferando e sendo utilizado em alguns casos para o pagamento de procedimentos ambulatoriais e de serviços diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, estes pacotes diferem substancialmente do modelo de orçamentação descrito acima pelo fato de manterem a lógica do *Fee For Service*, qual seja, o pagamento por volume. A diferença para o FFS simples seria o fato de os procedimentos estarem agrupados e serem remunerados por um valor único.

Além disso, para os pacotes de consultas médicas e procedimentos diagnósticos, em geral não há ajuste por desempenho e a remuneração ocorre posteriormente, ou seja, *ex-post*. Classicamente, os valores de orçamentações são estabelecidos e pagos antes da execução dos procedimentos (*ex-ante*), independente da produção, podendo haver ajustes nos valores a depender do desempenho em saúde do prestador.

Este modelo de pagamento também se aproxima dos *Bundle Payments*, que serão descritos neste documento, posteriormente, por se tratarem de empacotamentos remunerados após a execução dos procedimentos (*ex-post*). Porém, nos *Bundles Payments*, o prestador ou grupo de prestadores são remunerados por todo um “*continuum*” do cuidado, ao invés de simplesmente ocorrer um agrupamento de procedimentos que não se relacionam entre si, remunerados em um pacote. Por exemplo, nos *Bundles Payments* uma cirurgia pode ser remunerada pelos procedimentos realizados antes, durante e após 30 dias de alta e os vários profissionais envolvidos nestas etapas. Ademais, os *Bundles* preconizam a avaliação da qualidade dos serviços prestados e a utilização de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para o arranjo dos pacotes.

Os pacotes de consultas e procedimentos diagnósticos podem ser caracterizados por transferirem riscos para os prestadores de serviços; poderem apresentar uma tendência à rigidez, não havendo flexibilidade para os casos complexos; na maioria das vezes, não contemplam ajuste por desempenho, monitoramento dos resultados por meio de indicadores de qualidade ou a utilização de protocolos e diretrizes clínicos baseados em evidências, com foco principal na redução dos custos.

4.4.2 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE ORÇAMENTAÇÃO

O quadro apresentado nesta subseção objetiva resumir os principais aspectos apresentados sobre o modelo de orçamentação, como as possíveis vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como sugestões de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

QUADRO 11 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS À ORÇAMENTAÇÃO:

Orçamentação			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Previsão de gastos ao órgão financiador; Previsão de receitas à unidade de saúde; Contenção de custos pode ser alcançada.	Pode não gerar nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos, nem qualitativos; Possível subutilização - redução do acesso e da utilização dos serviços e seleção adversa de risco; Responsabilização total por parte dos prestadores pelos riscos, lucros e perdas, em casos de orçamentações muito rígidas; Quantidade fixa de gastos, mas sem penalidade ao prestador em caso de ultrapassar as despesas, em casos de orçamentações suaves; Complexidade de implementação, e mensuração de indicadores, especialmente quando existem múltiplos pagadores de serviços vinculados ao estabelecimento, como é o caso do Brasil.	Adicionar monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; Pagamento de valores adicionais dependentes do desempenho do prestador de serviços de saúde; Ajuste do pagamento por fatores de risco; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica.	Custos + Metas por desempenho

Fonte: Adaptado de: UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; NORONHA et al., 2004; LIMA e RIVERA, 2012

4.4.3 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ORÇAMENTAÇÃO

O quadro apresentado a seguir exemplifica elementos necessários para a implementação do modelo de orçamentação para a remuneração de prestadores de serviços de saúde.

QUADRO 12 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ORÇAMENTAÇÃO:

Orçamentação					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Não	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Sim
Necessita de monitoramento com indicadores?	Não	Há compartilhamento de risco?	Sim	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Não
Necessita realizar auditoria?	Não	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Sim
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Não	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Não
		Remuneração variável*?	Não	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Sim

Orçamentação					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
		Há incentivo ao moral hazard**?	Não	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Não
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Sim	Estimula o comportamento preventivo?	Sim
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Não	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		
		Há incentivo à produtividade?	Não		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Sim		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.5. DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS (DRG)

O *Diagnosis Related Groupings* (DRG) não foi concebido originalmente com o objetivo de compor um modelo de remuneração. Os DRGs constituem-se em um sistema de classificação de pacientes construído na perspectiva de instrumentalizar a gestão hospitalar, viabilizando a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais. Essa classificação, desenvolvida na Universidade de Yale, nos Estados Unidos, no final da década de 60 e ao longo da década de 70 do século XX, teve o objetivo de definir o produto hospitalar para fins de monitoramento da utilização de serviços, bem como de avaliação e gerência de qualidade da atenção hospitalar (FETTER, 1991; NORONHA et al., 2004; UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

O sistema tem como foco a definição da produção final do hospital, caracterizada como o conjunto de bens e serviços prestados aos pacientes para tratar problemas de saúde específicos. Este sistema de classificação tem por objetivo subsidiar não só a gestão econômica (custo das internações), mas também a gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados), constituindo grupos que se pretendem homogêneos do ponto de vista do custo. A partir dessa classificação, o prestador de serviços de saúde é remunerado por episódio de tratamento e no caso do hospital, por internação, com valores diferenciados segundo o diagnóstico do paciente (NORONHA et al., 2004; UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

Trata-se de um modelo de remuneração baseado no tipo de caso ou doença tratada por meio de um valor previamente acordado estabelecido prospectivamente e determinado *ex-ante*, independentemente dos custos reais do paciente. Como exemplo, nas internações hospitalares, o pagamento independe da duração da estadia do paciente no hospital. Entretanto, o sistema requer classificação de casos, o que é uma tarefa complexa e demorada, com base na homogeneidade do recurso utilizado e das características clínicas (por exemplo, diagnóstico principal e diagnóstico secundário, comorbidades, etc) (NORONHA et al., 2004; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

Portanto, o modelo inclui pagamento por casos, classificados de acordo com variáveis pré-estabelecidas, em grupos homogêneos no padrão de consumo de recursos. Para ser implementado, baseia-se em uma classificação exaustiva do caso específico do paciente e no pagamento por meio de uma taxa básica multiplicada pelo peso do custo relativo de cada caso.

Além do diagnóstico principal, o sistema de DRG leva em consideração as comorbidades e complicações, a idade do paciente e o tipo de tratamento, levando o modelo a ser parcialmente retrospectivo, por não considerar exclusivamente o diagnóstico. Enquanto o diagnóstico é o componente prospectivo de pagamento, o tipo de tratamento e, portanto, os custos efetivamente incorridos, constituem um elemento retrospectivo. Além disso, a fonte pagadora deve reembolsar casos muito caros, considerados *outliers* separadamente, o que serve para reduzir ainda mais o caráter prospectivo de pagamento baseado em DRG (UGÀ, 2012; BOACHIE et al., 2014).

O sistema requer, ainda, uma forma de definição dos preços unitários das altas, que considere as características do hospital, que também afetam seus custos como o nível de complexidade ou o fato de ser um hospital de ensino, dentre outras características.

Nos EUA, por exemplo, o sistema de pagamento prospectivo se dá da seguinte forma (UGÁ, 2012): a cada grupo de DRG corresponde um determinado número de pontos, P(i); a cada hospital corresponde uma tarifa unitária, T(h); e o valor pago por cada internação é igual a P(i) x T(h).

Tendo em vista que o sistema remuneração dos hospitais segundo valores pré-fixados independe do custo efetivo de cada internação, essa forma de pagamento pode levar a uma mudança nas prioridades dos prestadores, de forma que os objetivos meramente financeiros se sobreponham à preocupação com a qualidade da assistência prestada (UGÁ, 1996).

I. redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não) com o intuito de diminuir o custo das internações.

II. aumento das reinternações, o que sugere altas precoces, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas.

III. atribuição de DRG aos pacientes internados que não correspondiam exatamente ao seu perfil, e sim a grupos de mais alta pontuação, no fenômeno denominado de DRG *creep*.

Ainda assim, este modelo de remuneração vem sendo progressivamente incorporado em vários sistemas de saúde no mundo, seja de forma pura ou de forma mista combinado com outros modelos. Alguns países vêm implementando o DRG combinado com outras formas de pagamento para atenção hospitalar, tais como: Áustria, Dinamarca e Espanha, que possuem serviços hospitalares tanto públicos como privados. Já o DRG puro é utilizado na atenção hospitalar, tanto em modelos públicos como privados em países como a Holanda, Bélgica, Reino Unido, França e Suíça (OECD, 2016).

4.5.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM DRG

O quadro a seguir resume os principais aspectos apresentados sobre o DRG, como as possíveis vantagens e desvantagens da adoção deste tipo de modelo, bem como sugestões de modulações utilizadas para correção das limitações apresentadas.

QUADRO 13 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO DRG:

DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS - DRG			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Permite auxiliar a gestão econômica e clínica dos casos; Pressupõe a adoção de valores diferenciados caso a caso.	Requer classificação de casos, o que é uma tarefa complexa e demorada; Exige a adoção de sistema de informações complexo; Exige organização prévia por parte das fontes pagadoras e dos prestadores de serviços; Pode levar a subutilização ou à seleção de pacientes com menor complexidade;	Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica; Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida.	Custos por grupos de diagnóstico ajustados por risco; Passos essenciais para implementação do DRG: i. desenvolvimento de um sistema de classificação de diagnóstico; ii. determinação dos pesos relativos dos grupos; iii. determinação do nível de pagamento por unidade relativa; iv. estabelecimento de ajustes na taxa de pagamento.

DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS - DRG			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
	<p>Pode provocar aumento das reinternações, o que sugere altas precoces, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas;</p> <p>Possível atribuição de DRG aos pacientes internados que não correspondem exatamente ao seu perfil, e sim a grupos de mais alta pontuação, no fenômeno denominado de DRG creep;</p> <p>Pode levar à redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não) com o intuito de diminuir o custo das internações.</p>		

Fonte: Adaptado de: UGÁ, 1996; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; NORONHA et al., 2004; BICHUETTI e MERE JR., 2016

4.5.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM DRG

O quadro apresentado a seguir exemplifica elementos necessários para a implementação do modelo de remuneração baseados na utilização de DRG para a remuneração de prestadores de serviços de saúde.

QUADRO 14 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO DRG:

DIAGNOSIS RELATED GROUPINGS - DRG					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Sim	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Sim
Necessita de monitoramento com indicadores?	Sim	Há compartilhamento de risco?	Sim	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Sim
Necessita realizar auditoria?	Sim	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Sim
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Sim	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Sim
		Remuneração variável*?	Sim	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Parcial
		Há incentivo ao moral hazard**?		O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Parcial
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Sim	Estimula o comportamento preventivo?	Sim
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Sim	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		
		Há incentivo à produtividade?	Não		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Sim		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.6. ASSALARIAMENTO

O Assalariamento consiste no pagamento clássico, pago como contraprestação dos serviços executados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho, tais como férias, décimo terceiro salário, etc. A remuneração independe da produção de serviços (BESSA, 2011).

Este tipo de remuneração, ocorre principalmente no caso de serviços prestados em locais fechados de hospitais, como unidades de terapia intensiva, prontos-socorros, e unidades de diagnóstico, por exemplo, clínicas de imagem. Na maioria das empresas classificadas como Medicina de Grupo, os médicos e os prestadores de serviços são assalariados ou credenciados, este modelo também é o predominante no pagamento de profissionais de saúde no SUS (BESSA, 2011).

Gosden et al. (2001) concluem que a remuneração assalariada está comumente associada a um baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos, e encaminhamentos para especialistas, porém observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos. Não há incentivo à produtividade e há redução da carga de trabalho individual. Caso exista percepção de baixos salários, isto se traduz em diminuição efetiva da jornada de trabalho.

Além disso, não há favorecimento da relação médico-paciente e ocorre aumento do peso relativo dos custos fixos. Aqui se observa o oposto do modelo FFS: quanto menor a produção, maior o ganho individual por paciente atendido. Este tipo de lógica também pode ser nocivo ao sistema. (TOBAR, ROSENFELD e REALE, 1997).

O ponto positivo deste modelo seria o fato de que profissionais de saúde assalariados teriam maiores incentivos para prestar um serviço adequado, pois não teriam motivação para a sub ou superprodução (ROCHAIX, 1998).

Gawande (2009) cita os exemplos de alguns serviços americanos, por exemplo, a *Mayo Clinic*, um dos serviços de saúde de mais alta qualidade e menor custo nos Estados Unidos, que tiveram muito sucesso em instituir a forma de remunerar por salário, após mudança de sua política assistencial quando decidiu focar a atenção ao paciente e não o aumento da renda individual do médico. Nesta modalidade de remuneração há maior estabilidade com menores riscos ao médico e é pouco provável que haja tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias (GOMES, 2010).

Na busca pela criação de incentivos que possam reduzir as limitações apresentadas por este modelo, pode-se utilizar um **mix** de assalariamento com pagamento por performance. Nessa modalidade, os prestadores recebem um pagamento de base e, quando alcançam determinadas metas para medidas de processos do cuidado prestado e para medidas de resultados do cuidado ao paciente, recebem adicionalmente certas recompensas. Isso pode incluir o pagamento de incentivos financeiros e a classificação da qualidade de prestadores específicos. As classificações são transparentes para os consumidores e podem influenciar a escolha do prestador. Os incentivos, dessa forma, encorajam os profissionais a atingirem os padrões de cuidados delineados em medidas de desempenho (BESSA, 2011).

4.6.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE REMUNERAÇÃO POR ASSALARIAMENTO:

O quadro abaixo exemplifica os principais aspectos relativos ao assalariamento.

QUADRO 15 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO PAGAMENTO POR ASSALARIAMENTO:

Assalariamento			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<p>É possível que as consultas médicas sejam mais demoradas e completas; Pode incentivar os cuidados preventivos; Maior estabilidade com menores riscos ao profissional de saúde; Profissionais de saúde assalariados teriam maiores incentivos para prestar um serviço adequado, pois não teriam motivação para a sub ou superprodução.</p>	<p>Baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos etc; Não há incentivo à produtividade; Caso exista percepção de baixos salários, pode haver diminuição efetiva da jornada de trabalho.</p>	<p>Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas; Avaliação sistemática da experiência do paciente.</p>	<p>Custos de transação e administrativos.</p>

Fonte: Adaptado de: GOMES, 2010; BESSA, 2011; TOBAR, ROSENFELD e REALE, 1997.

4.6.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO POR ASSALARIAMENTO:

Esta subseção objetiva apresentar quadro contendo os principais elementos necessários para a implementação do modelo de pagamento por assalariamento.

QUADRO 16 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ASSALARIAMENTO:

Assalariamento					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Não	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Não
Necessita de monitoramento com indicadores?	Não	Há compartilhamento de risco?	Não	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Não
Necessita realizar auditoria?	Não	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Não
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Não	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Não
		Remuneração variável**?	Não	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Sim
		Há incentivo ao moral hazard**?	Sim	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Não
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Sim	Estimula o comportamento preventivo?	Não
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Não	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		

Assalariamento					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
		Há incentivo à produtividade?	Não		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Pos-sível		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.7. REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO: O AFFORDABLE CARE ACT (ACA) OU “OBAMACARE”

Durante as reformas do sistema de saúde empreendidas nos Estados Unidos da América (EUA), mais particularmente a partir de 2010, iniciou-se uma série de experiências com modelos inovadores de remuneração com o objetivo de reduzir os gastos em saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada (FISHER et al., 2011; MILLER, 2009; CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION, 2015).

De forma a facilitar o entendimento do leitor, serão apresentados a seguir, conceitos relativos ao sistema de saúde americano, e posteriormente, no item 4.7.1, serão abordados aspectos sobre a reforma recentemente implementada, popularmente conhecida como “*ObamaCare*”.

O sistema de saúde americano é altamente fragmentado e complexo, tanto na forma de organização dos prestadores de serviços quanto na forma de remuneração e fonte de recursos que viabilizam a cobertura assistencial em saúde (BUSS; LABRA; 1995). Dentre as diferentes formas de acesso da população americana aos serviços de saúde, é possível destacar os dois principais programas governamentais voltados a populações específicas (Medicare e Medicaid) e os seguros privados de saúde, que representa a forma preponderante de acesso.

- O Programa *Medicare*:

O Medicare foi criado em 1965 e é o programa de seguro de saúde básico dos Estados Unidos destinado à cobertura médico-hospitalar dos aposentados (população com idade superior a 65 anos). É um programa nacional, de caráter de seguro social, cuja responsabilidade de administração e de financiamento é de alçada do Governo Federal – o sistema de cobertura hospitalar é financiado por todos os trabalhadores e empregadores, em um adicional do imposto de previdência social, e a assistência médica e domiciliar é financiada com o pagamento de prêmios e impostos (KOTA, 2014).

Esse programa abrange quatro variedades de cobertura, um obrigatório (Parte A) e outros voluntários (Partes B, C e D). A parte A do Medicare (Health Insurance) é constituído por programa de cobertura básica e adesão obrigatória, o qual compreende apenas os gastos de hospitalização (serviços e materiais usados em uma internação, diagnósticos e tratamentos posteriores) e postula o co-pagamento do consumidor (honorários médicos). O financiamento desta modalidade é realizado via contribuições compulsórias sobre os salários, e têm-se disponível apenas os serviços de saúde dos profissionais de hospitais associados ao programa.

As partes B, C e D (Supplementary Medical Insurance), por sua vez, oferecem seguros médicos suplementares voluntários e abrangem todos os serviços médicos para pacientes dentro e fora do hospital, incluindo testes laboratoriais e de diagnóstico, vacinação, utilização de equipamentos médicos, prescrição de remédios e drogas e também requer co-financiamento do consumidor. O financiamento do Supplementary Medical Insurance (Partes B, C e D) é estruturado por recursos fiscais e prêmios pagos pelos segurados (KOTA, 2014).

O Programa Medicare é financiado por receitas gerais (41% em 2017), contribuições fiscais de folhas de pagamento (37%), prêmios de beneficiários (14%) e outras fontes, como por exemplo transferência dos estados e tributação sobre previdência social (KFF, 2019). O Medicare não presta serviço diretamente aos beneficiários, atua contratando Operadoras de Planos de Saúde, que atuam geralmente cobrindo regiões do país, as quais oferecem os diferentes Planos do *Medicare* (CMS, 2019).

Ademais, com o advento da reforma do sistema de saúde norte americano, o *Medicare* assumiu um papel notório na testagem de uma variedade de novos modelos de remuneração que incluem incentivos financeiros para prestadores (como médicos e hospitais), de modo a reduzir os custos e melhorar o atendimento aos pacientes. Os objetivos desses incentivos financeiros geralmente incluem a vinculação de uma parte dos pagamentos de serviços ao desempenho dos prestadores em termos de redução dos custos e cumprimento de metas de qualidade (KFF, 2019).

- O Programa *Medicaid*:

O Programa Medicaid foi instituído também em 1965 e, por sua vez, é restrito à população de baixa renda, com comprovação de suas condições de pobreza. Esse programa é de responsabilidade estadual, de caráter assistencial, financiado de acordo com seus recursos fiscais e transferências específicas federais. Uma vez que os estados norte-americanos possuem grau elevado de autonomia, o programa possui graus diferentes de atenção e de cobertura, dependentes da capacidade de sustentação e das diretrizes políticas de cada unidade da federação. Desta forma, há maior flexibilidade na determinação dos critérios de elegibilidade dos beneficiários e na organização e financiamento dos serviços (KOTA, 2014).

- Os Seguros Privados de Saúde:

A maior parcela da população americana tem acesso à assistência à saúde por meio de seguros privados de saúde (*Health Insurance*). O setor de seguros privados americano apresenta entre suas características a predominância da cobertura por meio de planos coletivos corporativos, alta variabilidade da abrangência das coberturas contratadas e a existência de subsídios governamentais. As principais formas de prestação da assistência por seguros de saúde nos EUA são por meio das HMO (*Health Maintenance Organization*) mediante o acesso a uma rede definida de prestadores de serviços de saúde, mediada normalmente por um médico de família/clínico geral (*Primary Care Physician - PCP*), e das PPO (*Preferred Provider Organization*), que apresentam maior flexibilidade, tanto no que se refere à cobertura quanto ao acesso a prestadores e, em geral, são associados a maiores custos de contratação.

4.7.1 AFFORDABLE CARE ACT (ACA)

No âmbito das reformas mais recentes do sistema de saúde americano, é importante ressaltar a *Affordable Care Act* (ACA), uma Lei promulgada em 2010. A ACA reformulou o sistema de saúde americano e representa um dos maiores esforços relacionados à cobertura nacional, ainda que não resulte na universalização da saúde (*Centers for Medicare & Medicaid Services*).

O ACA possui três objetivos principais (*Centers for Medicare & Medicaid Services*):

I. Tornar o acesso aos seguros de saúde possível para mais pessoas. A lei fornece subsídios aos consumidores, os quais reduzem os custos para as famílias com renda abaixo do nível de pobreza estabelecido pelo Governo;

II. Expandir o Programa *Medicaid* para cobrir todos os adultos com renda abaixo de 138% do nível de pobreza federal³ (entretanto, como este programa é estadual, cabe a ressalva de que nem todos os estados expandiram seus programas);

3 Nível de pobreza federal: Uma medida de renda emitida anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS). Níveis de pobreza federais são usados para determinar a elegibilidade do cidadão para certos programas e benefícios do Governo americano.

III. Apoiar métodos inovadores de prestação de cuidados médicos destinados a reduzir os custos dos cuidados de saúde em geral.

Assim, o ACA produziu importantes impactos na configuração do sistema de saúde americano, inclusive no que se refere à expansão dos programas governamentais, em especial do Medicaid. No setor de seguros privados, houve considerável impulso na população de segurados, em função da instituição da obrigatoriedade da contratação de seguros saúde para parcela da população e da ampliação do fornecimento de subsídios aos consumidores, reduzindo os custos para as famílias com renda abaixo do nível estabelecido pelo Governo.

A referida expansão da cobertura dos programas governamentais e dos seguros privados de saúde veio acompanhada da experimentação de novos modelos de remuneração.

4.7.2 OS MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NO *AFFORDABLE CARE ACT* AMERICANO

No âmbito do *Medicare*, são três os programas essenciais (FISHER et al., 2011; MILLER, 2009):

1. Programa de Redução das Readmissões Hospitalares (*Hospital Readmissions Reduction Program*) que tem o objetivo comparar as readmissões em menos de 30 dias entre os hospitais e reduzir os pagamentos dos prestadores de pior performance, considerando medidas específicas para infarto e pneumonia, por exemplo, e uma metodologia de ajuste do risco, de acordo com o perfil da instituição participante. A medida conseguiu reduzir o índice de readmissões em 10%.
2. Programa de Compra Baseada em Valor (*Value Based Purchasing - VBP Program*) no qual os hospitais para cuidados agudos são premiados pela qualidade, além de serem remunerados pela quantidade de serviços prestados. O *Medicare* avalia se as instituições estão seguindo as melhores práticas clínicas e se estão melhorando a experiência dos pacientes nos procedimentos.
3. Programa de Redução de Condições Adquiridas no Hospital (*Hospital Acquired Condition - HAC Reduction Program*) que consiste no ranqueamento dos hospitais de acordo com a performance, calculada por três métricas: segurança do paciente, infecções urinárias associadas ao uso de cateter e infecção associada ao uso de cateter venoso central.

A mudança no modelo de remuneração de prestadores de serviços baseada no pagamento por desempenho (*Pay For Performance*) é um dos pilares das formas inovadoras de prestação de cuidados médicos (FISHER et al., 2011; MILLER, 2009).

Ainda no bojo das reformas do sistema de saúde americano, para conseguir os objetivos estabelecidos pelo *Affordable Care Act - ACA*, surgiram alguns modelos inovadores de remuneração, cujos principais objetivos são (*CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION*, 2015):

- I. Modificar a forma como o *Medicare* remunera os médicos – não mais por volume, mas por resultados em saúde;
- II. Unificar múltiplos programas de qualidade atrelados ao pagamento sob um programa mais amplo denominado Sistema de Pagamento e Incentivos Baseado no Mérito (*Merit Based Incentive Payments System – MIPS*); e
- III. Conceder bônus no pagamento de prestadores de serviços elegíveis que aderirem a modelos alternativos de pagamento.

As principais categorias de Modelos de Remuneração estabelecidos pelo *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS/EUA) são exemplificadas na figura e no quadro a seguir.

FIGURA 2 – CATEGORIAS DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE DO CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS/EUA):



Fonte: Adaptado de Centers for Medicare & Medicaid Services, em 2017 Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS. <<https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models>>

QUADRO 17 – QUADRO CONTENDO AS CATEGORIAS DE MODELOS DE PAGAMENTO DO CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS) – U.S DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (HHS):

Categorias de Modelos de Pagamento do Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	
Categoria 1	<i>Fee For Service Puro</i> - Hoje limitado no âmbito do Medicare; - A maioria dos pagamentos do Medicare são atrelados a qualidade.
Categoria 2	<i>Fee For Service atrelado a bônus por qualidade</i> - Programa Hospital Value-based Purchasing; - Readmissões/Hospital-acquired Condition (HAC) Reduction Program; - Merit-based Incentive Payment System (MIPS).
Categoria 3	<i>Modelos Alternativos de Pagamento construídos na Arquitetura do Fee For Service</i> - Accountable Care Organizations (ACOs); - Medical Homes; - Bundled Payments (ex. CMS Comprehensive Care for Joint Replacement).
Categoria 4	<i>Modelos de Pagamento de Base Populacional</i> - ACOs elegíveis em 3-5 anos (Pioneer ACO Model)

Fonte: Adaptado de Centers for Medicare & Medicaid Services, em 2017 - Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS.< <https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models> >

A intenção subjacente a essas quatro categorias é expressar o movimento necessário da categoria 1 em direção à categoria 4, envolvendo: (CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION, 2015):

1. Aprimoramento da *accountability*⁴ para Qualidade em saúde e custos do cuidado em saúde; e
2. Direcionar o foco de modelos de pagamento de serviços de saúde específicos para modelos de remuneração orientados para a gestão da saúde populacional.

Além disso, foram criadas as *Accountable Care Organizations* - ACO, cujo principal objetivo é possibilitar e estimular que os prestadores de serviços de saúde assumam maior responsabilidade por reduzir ou, pelo menos, controlar o crescimento dos custos em saúde para uma determinada população de pacientes, mantendo ou melhorando a qualidade dos cuidados, tanto de uma perspectiva clínica quanto em termos de experiência e satisfação do paciente. Ademais, devem garantir que os pacientes, principalmente os com doenças crônicas não transmissíveis, tenham acesso a tratamento adequado e oportuno, evitando a duplicação de serviços e prevenindo erros médicos (MILLER, 2009). Dentro deste modelo, as ACO's podem ser definidas como grupos de prestadores de serviços, médicos, hospitais e outros provedores, que se juntam voluntariamente para oferecer cuidados em saúde de alta qualidade e de modo coordenado. Quando há êxito na implementação da ACO – alta qualidade e gastos apropriados – ocorre a partilha entre os prestadores da economia gerada.

4.7.2.1 SHARED SAVINGS / SHARED RISK PROGRAM – SSP

O *Shared Savings/Shared Risk* é um modelo de pagamento no qual os prestadores de serviços continuam a ser pagos de acordo com o sistema *Fee For Service*, mas recebem um bônus ou penalidade se o total de gastos da fonte pagadora são menores ou maiores que o valor que o pagador calcula e que teria gasto na ausência do programa. O bônus ou penalidade é proporcional à diferença entre o gasto projetado e o gasto real (MILLER, 2017).

Por exemplo, caso o gasto total no período de um ano seja menor do que o gasto projetado, o valor economizado é compartilhado com o prestador, total ou parcialmente, em forma de bônus.

Existem, ainda, outras formas possíveis de compartilhamento de risco, o *Downside Sharing* (em que o compartilhamento ocorre nos casos de complicações que elevem demasiadamente o custo do cuidado) e o *Upside Sharing* (quando são compartilhadas as economias geradas pela ocorrência de complicações abaixo do esperado) (ICOS, 2017).

Portanto, a utilização dos *Shared Savings* na reforma da saúde americana não impõe necessariamente uma mudança do modelo de pagamento dos prestadores de saúde para sua implementação, uma vez que foi implementada em contextos de pagamento *Fee For Service*, podendo ser considerado um instrumento complementar a outros modelos de pagamento de prestadores que contempla dois objetivos primordiais (MILLER, 2017):

- I. Melhoria dos cuidados em saúde no nível individual e para o conjunto da população; e
- II. Redução dos gastos em saúde.

Apesar do modelo não superar as barreiras apresentadas pelo *Fee For Service*, uma vez que continua a utilizar pagamentos por procedimentos, pode ser considerado um instrumento complementar a outros modelos de pagamento de prestadores de serviços (MILLER, 2017).

4.7.2.2 BUNDLED PAYMENTS FOR CARE IMPROVEMENT (BPCI)

A iniciativa de *Bundled Payments for Care Improvement* (BPCI) ou Pagamentos em Pacotes para Melhoria dos Cuidados

⁴ “Accountability”: Embora seja um termo de difícil tradução, neste contexto, *accountability* pode ser entendido como prestação de contas, e significa que os órgãos que desempenham função de importância na sociedade devem constantemente prestar contas à sociedade sobre suas ações.

em Saúde, em tradução livre, foi desenvolvida pelo Centro de Inovação do *Medicare* e *Medicaid*. O *Innovation Center* foi criado pelo *Affordable Care Act* - ACA para testar modelos inovadores de pagamento e prestação de serviços que tenham o potencial de reduzir os gastos com o *Medicare*, o *Medicaid* ou o Programa de Seguro de Saúde Infantil (CHIP), preservando ou melhorando a qualidade dos cuidados aos beneficiários. Ao longo da iniciativa, o CMS tem trabalhado com as organizações participantes para avaliar se os modelos testados resultam em melhor atendimento ao paciente com menores custos para o *Medicare* (CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION, 2015).

O BPCI é composto por vários modelos amplamente definidos de atendimento, que vinculam pagamentos para múltiplos serviços que recebem durante um único episódio de atendimento e inclui a responsabilidade financeira e de desempenho pelos episódios de atendimento. Os prestadores têm, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição de saúde.

Este modelo pode levar a cuidados coordenados de melhor qualidade a um menor custo. Desse modo, é exigido que o prestador assuma os riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. Requer uma base de dados sobre o histórico do paciente e da população (ICOS, 2017). A modalidade é denominada “*Bundled*” porque os pagamentos dos serviços podem ser realizados para diferentes prestadores e podem ser “agrupados” em um único pagamento. Pode ser prospectivo ou retrospectivo e esse valor é rateado entre os prestadores (BACH et al., 2011; BICHUETTI e MERE JR., 2016; MILLER, 2017; CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION, 2015).

Bundled Payments significam, em linhas gerais, o estabelecimento de um valor único para todos os serviços prestados para o cuidado de um caso como infarto agudo do miocárdio, por exemplo. Para isso, seria alocado um único valor global que incluiria a remuneração de todos os prestadores envolvidos no cuidado. Esse modelo pressupõe a existência de uma entidade responsável por gerenciar o pagamento de todos os prestadores envolvidos como um microssistema constituído. (UGÁ, 2012; BICHUETTI e MERE JR.).

Por meio da utilização dos “*Bundles*” os prestadores de serviços de saúde poderiam eliminar redundância e aumentarem a eficiência, através da uniformização e padronização de protocolos. Por outro lado, os “*Bundles*” teriam a desvantagem de não necessariamente se aplicarem a todos os casos clínicos e devem ser testados levando em consideração o esforço operacional que ele exige, devido à necessidade de controle e coleta de dados para implementação (MILLER, 2017; ICOS, 2017).

Existem diferentes formas de *Bundled Payments* já utilizadas há décadas. No entanto, a maioria das iniciativas atuais de “pagamento baseado em valor” nos EUA se concentra em dois tipos de *Bundled Payments* (MILLER, 2017): *Procedure Based Episode Payments*; e *Global Population Based Payments*.

I. Procedure Based Episode Payments: É um modelo que prevê o pagamento por condições específicas selecionadas, que são, em geral, denominados “*Episode Based*” porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio ou um evento em saúde. Nesse modelo um pagamento único e predefinido é feito a um estabelecimento de saúde para todos os serviços planejados e não planejados, relacionados a um procedimento ou tratamento específico que são prestados ao paciente por qualquer profissional ou prestador durante um período de tempo definido (por exemplo, 90 dias após a alta do hospital onde o procedimento foi realizado). Para isso, seria alocado um único valor global que incluiria a remuneração de todos os prestadores envolvidos no cuidado. Esse modelo pressupõe a existência de uma entidade responsável por gerenciar o pagamento de todos os prestadores envolvidos como um microssistema constituído, a exemplo das ACO’s (UGÁ, 2012; BICHUETTI e MERE JR, 2016). Esse modelo ajuda a garantir que diferenças no cuidado em saúde sejam minimizadas e a incluir os especialistas no processo de coordenação do cuidado. A definição do episódio pode começar três dias antes de uma cirurgia de artroplastia de joelho e se estender por trinta dias após a alta hospitalar do paciente. É também utilizado no *Oncology Care Model* (OCM) (FISHER et al., 2011; MILLER 2009). Outra estratégia que vem sendo apontada é a necessidade de alocação diferenciada para casos agudos e crônicos. Assim, para os casos agudos, o “pagamento por episódio de cuidado” (*Episode of Care Payment*) tem sido apontado como uma boa solução, entretanto, esse modelo demanda a organização de microssistemas de gestão. Já para os casos crônicos, em geral tratados na atenção básica, o modelo de *Capitation* ajustado por risco tem sido considerado, desde que as condições de saúde da população adstrita sejam acompanhadas por meio de indicadores de qualidade.

Além disso, o modelo requer o estabelecimento de metas como a redução de internações desnecessárias (UGÁ, 2012). Além dos Estados Unidos, outros países também têm implementado avanços em direção ao *Episode Based Care*, para atender a objetivos específicos de políticas de saúde para substituir os Orçamentos Globais (Grécia, Irlanda), *Fee For Service* (Coréia) ou Diárias (Israel) (UGÁ, 2012; BICHUETTI e MERE JR.).

II. Global Population Based Payments: Nesse modelo, o prestador é responsável por todos os serviços prestados a uma determinada população. Essa forma de remuneração tem sido utilizada nas experiências das ACO's e leva em consideração o compromisso com a saúde da população no nível coletivo e individual, incluindo metas de qualidade e diminuição do crescimento dos custos. Assim, uma organização prestadora de serviço recebe um pagamento fixo para cada paciente a cada mês e deve usar esse recurso para remunerar todos os serviços planejados ou não planejados que o paciente recebe durante o mês, com requisitos de qualidade e contenção de custos incorporados (CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION, 2015; MILLER, 2017). Com relação às desvantagens da utilização deste modelo, a subutilização seria um dos problemas, devido a problemas na prestação de contas dos prestadores de serviços (MILLER, 2017).

4.7.2.2.1 PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AO MODELO DE REMUNERAÇÃO *BUNDLE PAYMENTS*

O próximo quadro apresenta um resumo do modelo *Bundle*, com análise de vantagens, desvantagens e modulações para correção de limitações do modelo.

QUADRO 18 – PRINCIPAIS ASPECTOS RELATIVOS AOS *BUNDLE PAYMENTS*:

Bundle Payments			
Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Incentiva a adoção de cuidados coordenados de melhor qualidade a um menor custo; Potencial para eliminar redundância e aumentar a eficiência, através da uniformização e padronização de protocolos por prestadores de serviços de saúde.	É exigido que o prestador assuma os riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas; Não necessariamente se aplicam a todos os casos clínicos; Exige um esforço operacional grande devido à necessidade de controle e coleta de dados para implementação.	Utilização de desenhos que possibilitem garantia do cuidado de qualidade aos pacientes; Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas; Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; Integração da rede de atenção; Coordenação do cuidado; Ajuste do pagamento por fatores de risco.	Requer uma base de dados sobre o histórico do paciente e da população.

Fonte: Adaptado de ICOS, 2017; MILLER, 2017.

4.7.2.2.2 ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO *BUNDLE PAYMENTS*

O Quadro abaixo exemplifica os principais elementos necessários para a implementação deste modelo de pagamento.

QUADRO 19 – ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE *BUNDLE PAYMENTS*:

Bundle payments					
Variáveis de infraestrutura		Variáveis de processo		Variáveis de resultado	
TI é condição essencial para implantação?	Parcialmente	Incentivo ao volume?	Não	Há incentivos para uso racional dos recursos?	Sim
Necessita de monitoramento com indicadores?	Sim	Há compartilhamento de risco?	Sim	É capaz de avaliar o desempenho dos médicos?	Sim
Necessita realizar auditoria?	Não	Monitora indicadores de processo?	Não	É capaz de avaliar resultados de atenção à saúde?	Sim
Necessita de fortes mecanismos de controle?	Não	Há contratualização de metas?	Sim	Monitora indicadores de qualidade do cuidado?	Sim
		Remuneração variável*?	Não	O pagamento é prospectivo (pré-pagamento)?	Sim
		Há incentivo ao moral hazard**?	Não	O pagamento é retrospectivo (pós-pagamento)?	Possível
		Há incentivo à seleção adversa de risco?	Não	Estimula o comportamento preventivo?	Possível
		O cuidado de saúde é baseado na melhor evidência?	Sim	Forma de pagamento por procedimento individual?	Não
		Há incentivo à produção?	Não		
		Há incentivo à produtividade?	Sim		
		Há risco de subutilização de cuidados necessários?	Não		

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

4.7.3. INICIATIVAS E INOVAÇÃO NA ADOÇÃO DE NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO

A Reforma do Sistema de Saúde americano busca agregar novos elementos na definição de modelos de remuneração, que visem tanto a melhoria da qualidade do cuidado prestado quanto a redução dos custos do sistema de saúde. O quadro 20, apresentado abaixo, apresenta um resumo das iniciativas de inovação implementadas pelo ACA para definição de modelos de remuneração inovadores.

QUADRO 20 – CATEGORIAS DE INICIATIVAS E INOVAÇÃO NA ADOÇÃO DE NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO:

Iniciativa	Descrição
Accountable Care (atendimento responsável). Ex: Accountable Care Organizations - ACO	Projetados para incentivar os prestadores de serviços de saúde a se tornarem responsáveis por uma população de pacientes e investir em infraestrutura e processos de cuidado reformulados, que proporcionem atendimento coordenado, de alta qualidade e eficiente.
Episode-Based Payment (Pagamento baseado em episódios). Ex: Bundled Payments	Sob esses modelos, os prestadores de serviços de saúde são responsabilizados pelo custo e qualidade dos cuidados que os beneficiários recebem durante um episódio de cuidado, que geralmente começa com um evento de saúde desencadeante (como uma hospitalização ou administração de quimioterapia) e se estende por um período limitado de tempo.
Estratégia de Atenção Primária. Ex: Advanced Primary Care Practice (medical home)	Os prestadores de cuidados primários são um ponto-chave de contato para as necessidades de saúde dos pacientes. Fortalecer e aumentar o acesso à atenção primária é fundamental para promover a saúde e reduzir os custos gerais com a atenção à saúde. Práticas avançadas de atenção primária utilizam uma abordagem baseada em equipe, enfatizando a prevenção, a tecnologia de informação em saúde, a coordenação de cuidados e a tomada de decisão compartilhada entre pacientes e prestadores de serviços de saúde.
Adoção de Melhores Práticas	A realização de parcerias com instituições prestadoras de serviços de saúde, sociedades de profissionais e outros especialistas em modelo de remuneração e qualidade pode contribuir para aumentar significativamente a velocidade de adoção de testes dos novos modelos de remuneração e disseminar melhores práticas baseadas em evidências.

Fonte: Adaptado de McClellan, M.B. et. al., 2017. National Academy of Medicine.
Livro Tradução: ANS

4.7.4. CRÍTICAS AOS MODELOS DE PAGAMENTO UTILIZADOS NO *AFFORDABLE CARE ACT* (ACA)

Apesar das vantagens das inovações apresentadas anteriormente, Miller (2017), em recente documento intitulado *Why Value Based Payment Isn't Working and How to fix it do Center for Healthcare Quality and Payment Reform*⁵ faz severas críticas aos modelos adotados no *Affordable Care Act* (ACA), em particular ao *Medicare Shared Savings Program* e ao P4P de uma maneira geral. Em relação aos *Bundle Payment*, Miller (2017) faz algumas ressalvas e afirma que a utilização deste modelo pode eventualmente manter ou criar novos problemas, mas considera que os *Bundles* podem levar a melhoria da qualidade, considerando-o fundamentalmente bom, ainda que não consiga resolver completamente os problemas reais do *Fee For Service*. As principais críticas apresentadas por este autor são (MILLER, 2017):

I. O *Medicare Shared Savings Program* seria mais um dos muitos esquemas de pagamento por desempenho, que, segundo pesquisas do mesmo autor, seriam ineficazes em melhorar a qualidade ou controlar os custos. Para Miller (2017), o conceito estaria enraizado na noção equivocada de que os médicos precisam de incentivos financeiros para deixar de indicar serviços desnecessários.

II. O *Medicare Shared Savings Program* não faria distinção entre serviços necessários e desnecessários, de modo

5 Disponível em: www.chqpr.org

que os médicos de uma ACO poderiam receber um bônus financeiro por reter cuidados necessários, enquanto médicos em uma outra ACO poderiam ser penalizados por oferecer os cuidados que os pacientes de fato necessitam.

III. O *Medicare* não resolveria o maior problema dos modelos tradicionais de remuneração, baseados no *Fee For Service*, que é a não previsão de pagamentos para muitos serviços de alta relevância, que melhorariam os resultados em saúde para pacientes e reduziriam o gasto total caso fossem estimulados e bem remunerados. Como exemplo cita que os modelos de pagamento utilizados no Programa *Medicare* não remuneram cuidados paliativos fora dos *hospices*⁶ e também não remunera a ida de um médico de cuidados primários para o domicílio de um paciente com dificuldades de locomoção, ainda que esses serviços possam reduzir significativamente o número de visitas médicas e internações hospitalares caras. E, ainda segundo Miller (2017), o *Medicare Shared Savings Program* não fez nada diretamente para resolver essas questões e todo o sistema continua sendo pago exatamente da mesma maneira que sempre foi.

IV. Esta abordagem teria uma falha em comum com o sistema *Fee For Service*: o foco em como remunerar prestadores pelos serviços ou como reduzir os gastos, e não como alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde.

Segundo Miller (2017), a premissa de que mais riscos transferidos aos prestadores de serviços levariam a melhores resultados não é verdadeira. As fontes pagadoras e os formuladores de políticas foram levados a acreditar que a causa dos resultados insuficientes dos modelos de pagamento baseados em valor decorrem dos “incentivos” não serem robustos o suficiente para mudar o comportamento do prestador de serviço. Desse modo, o foco das soluções propostas tem sido o aumento das penalidades nos sistemas P4P, ocasionando o crescimento dos riscos para os prestadores de serviços no *Shared Risk Models and Bundled Payments* e levando os pacientes e fornecedores a sistemas de pagamento capitalizados de risco total. Todavia, as análises do autor deixam claro que as fraquezas nos atuais sistemas de pagamento baseados em valores não podem ser resolvidas apenas aumentando o tamanho das penalidades financeiras ou o risco imposto aos prestadores de serviços de saúde. A seção a seguir apresenta uma proposta de solução para os problemas enfrentados no modelo atual.

4.7.5. PATIENT-CENTERED PAYMENT SYSTEM

A partir da análise crítica apresentada anteriormente, elaborada por Miller (2017), este mesmo autor ressalta que é necessário o estabelecimento de um novo paradigma totalmente diferente para o estabelecimento de pagamento baseado em valor. Nesta direção, faz uma ampla proposta de redesenho da política de remuneração, tendo como foco o paciente: *Patient Centered Payment System*, com as seguintes características:

I. Abordar as necessidades de cuidados de saúde específicas por uma equipe de prestadores de serviços que concordaram em trabalhar juntos para fornecer serviços de alta qualidade com eficiência e alcançar resultados específicos e viáveis para essas necessidades;

II. Permitir que os pacientes escolham a equipe de prestadores de serviços, usando como base os padrões de qualidade e os resultados que cada equipe se compromete a atingir, e com base no valor total que o paciente e sua seguradora pagarão por todos os serviços que o paciente receberá;

III. Disponibilizar à equipe de prestadores de serviços recursos adequados e flexibilidade suficiente para que prestem serviços de alta qualidade para alcançar os melhores resultados possíveis, dada a natureza e a gravidade da necessidade do paciente;

IV. Ofereça pagamento adequado e flexível em troca da responsabilidade da equipe de prestadores de serviços por atingir os padrões de qualidade e alcançar os resultados esperados para cada paciente.

⁶ “Hospice” – Unidade de cuidados paliativos que pressupõe equipe treinada para lidar com pacientes no final da vida, de forma humanizada, preparada para oferecer cuidados de saúde, tais como, manejo da dor, suporte emocional e espiritual centrados nas necessidades do paciente.

O *Patient Centered Payment System* proposto conta com um desenho complexo, com nove componentes diferentes, nos quais os valores de pagamento são estratificados em várias categorias com base nas condições e necessidades do paciente. Os atuais sistemas de pagamento baseados em valor têm desenhos mais simples. Entretanto, para Miller, o formulador da proposta, a simplicidade só é desejável se puder ser bem-sucedida, e os atuais sistemas de pagamento não obtiveram o sucesso esperado. Desse modo, Miller (2017) apresenta diversas formas de remuneração diferenciadas a partir dos seguintes tipos de prestação de serviços, nos diversos níveis de atenção: cuidados preventivos; diagnóstico e planejamento do tratamento; tratamento de condições agudas; e gestão de condições crônicas.

O *Patient Centered Payment System* seria montado com base em diferentes sistemas de *Bundles*, embora desenhados na perspectiva de garantia do cuidado de qualidade aos pacientes. Para Miller (2017), *Bundled Payments* é a única abordagem que supera a estrutura fundamental de pagamento tradicional por procedimento, ao invés de simplesmente adicionar incentivos em camadas ao *Fee For Service*.

Desse modo, os *Bundled Payments* teriam maior potencial para corrigir as falhas fundamentais do *Fee For Service* do que outras abordagens de pagamento atualmente utilizadas. No entanto, Miller assinala que os *Bundled Payments* recentemente utilizados pelo “*Obama Care*” foram desenhados centrados no prestador de serviço e/ou na fonte pagadora (MILLER, 2017).

Por outro lado, um sistema de pagamento centrado no paciente corrigiria os problemas do *Fee For Service*, enquanto preservava seus pontos fortes, e seu foco central seria alcançar os melhores resultados para pacientes individuais a um custo acessível para pacientes e para as fontes pagadoras (MILLER, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

A partir das descrições dos modelos, conclui-se que cada um dos modelos de remuneração existentes provoca diferentes incentivos e desincentivos. Assim, a utilização de um *mix* desses modelos tem sido considerada uma alternativa na perspectiva da redução de eventuais distorções, tais como o incentivo aos prestadores de serviços para selecionar pacientes saudáveis; a produção excessiva de procedimentos desnecessários; e altas hospitalares precoces ou muito prolongadas, dentre outras. Nessa direção, os países da OCDE têm adotado sistemas de remuneração mistos ou complementados pelo ajuste por desempenho dos prestadores e sistemas diferenciados de acordo com o nível de atenção do prestador: ambulatorial ou hospitalar (UGÁ, 2012).

Vários países, em particular os de alta renda da OCDE, como Espanha, Portugal, França, Alemanha, Holanda e Suíça, dentre outros, têm buscado, principalmente a partir do final dos anos 1990 ou início da década seguinte, formas alternativas para remuneração de prestadores de serviços de saúde ou sistemas mistos de alocação de recursos. Essas mudanças vêm ocorrendo, em particular, para remuneração de hospitais, tendo em vista que o gasto hospitalar consumiu em 2008, em média, um terço do gasto em saúde de países da OCDE, chegando a representar 70% dos gastos em alguns países europeus (CYLUS, J. e IRWIN, R., 2010).

O Instituto Coalizão Saúde – ICOS, em 2017, apresenta a seguinte figura, com resumo de alguns modelos de remuneração, prós e contras:

FIGURA 3. RESUMO DE MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR

FFS+P4P	BUNDLES	CAPITATION	ORÇAMENTO GLOBAL
Pagamento por cada unidade de atividade a um prestador individual.	Pagamento por episódio clínico do paciente em um ou mais prestadores.	Pagamento fixo por indivíduo, para um conjunto de serviços definidos.	Pagamento único pelo atendimento total da população servida por um prestador.
PRÓS:	PRÓS:	PRÓS:	PRÓS:
Incentiva o tratamento e estimula a produtividade	Incentiva a coordenação e aderência a protocolos de atendimento.	Previsibilidade de receitas para o prestador.	Previsibilidade de gastos e relativa simplicidade gerencial.
CONTRAS:	CONTRAS:	CONTRAS:	CONTRAS:
Utilização desnecessária e fragmentação de serviços.	Complexidade de implementação.	Racionamento de serviços assistenciais, transferência excessiva de risco ao prestador.	Racionamento de serviços, ineficiência e difícil gestão de risco.
EXEMPLO:	EXEMPLO:	EXEMPLO:	EXEMPLO:
consulta médica.	artroplastia de joelho.	atenção básica.	Orçamento único hospitalar de OSs.

Fonte: Adaptado de ICOS, 2017.

Todos os modelos de remuneração até então discutidos demonstram vantagens e desvantagens, levando a diferentes distorções, as quais podem prejudicar a qualidade do cuidado oferecido. Sistemas mistos têm sido considerados para minimizar os problemas de cada um dos modelos. Entretanto nenhum modelo apresentado mostrou-se suficientemente bom para dar conta de todos os desafios da qualidade em saúde, tendo, muitas vezes, o objetivo da redução de custos em saúde. Os desafios da superação do modelo clássico *Fee For Service* e suas mazelas, bem como de modelos de remuneração que agreguem valor, ainda estão em processo de aperfeiçoamento.

Entretanto, não se trata de buscar simplesmente a extinção do *Fee For Service*, visto que existem contextos em que o FFS aprimorado pode ser o mais adequado. Para cada situação específica, podem existir determinados modelos de remuneração que sejam mais adequados. A figura abaixo exemplifica a utilização de modelos de pagamento por tipo de cuidado em saúde prestado.

FIGURA 4 – DIFERENTES SISTEMAS DE PAGAMENTO EQUACIONAM DIFERENTES PROBLEMAS DE CUSTO E QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE:



Fonte: Adaptado de Center for Healthcare Quality and Payment Reform, em 2017 - <http://www.chqpr.org/>
 Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação - ANS

Na figura acima, pode-se observar as indicações para o uso de determinados modelos de pagamento, de acordo com a condição clínica apresentada. Por exemplo, para episódios clínicos de rápida resolução, a utilização de “*Bundle Payments*” pode ser indicada para encorajar o uso de práticas mais custo-efetivas e desencorajar a utilização de grande número de procedimentos desnecessários; a Atenção Integral também pode auxiliar na redução de procedimentos desnecessários para uma condição específica ou para um grupo de pacientes, portanto, pode ser utilizada quando existe uma sobreutilização de procedimentos ou altas taxas de hospitalizações que podem ser prevenidas, como nos casos das doenças crônicas, com o objetivo de melhorar seu manejo sobre a doença e evitar hospitalizações; já o *Fee For Service* é útil quando deseja-se garantir que o paciente receba o cuidado em saúde de forma pontual como consultas com especialistas (CHQPR, 2017).

Por fim, é importante reforçar que os diversos modelos de remuneração de prestadores podem gerar distorções, portanto, o cuidado em reduzir essas distorções deve ser pensado no momento da implementação. Desse modo, o caminho para a redução de distorções são modelos mistos implementados de modo a preservar os prestadores de

serviços e os pacientes, buscando a melhoria da qualidade do cuidado, além da implementação de medidas que busquem minimizar as possíveis distorções de cada modelo. (BOACHIE et al., 2014; UGÁ, 2012; MILLER, 2017).

5.1 PRINCIPAIS MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS, ELENCADOS POR TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1.1 MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Uma tendência atual tem sido a adoção de modelos distintos para a atenção primária e para hospitais. Para a atenção primária vêm se utilizando comumente a remuneração com base no *Capitation* ajustada por risco ou por desempenho. O quadro abaixo, demonstra os principais modelos de remuneração utilizados na Atenção Primária em saúde, por países da OCDE.

QUADRO 21 - MODELOS DE REMUNERAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, POR PAÍSES DA OCDE – 2016:

Atenção Primária Organização Predominante	Países	Remuneração do Prestador de Serviço					Remuneração Médica			
		Capitação	FFS	P4P	Orçamentação	Outros	Salário	FFS	Capitação	Outros
Grupo privado composto por médicos e outros profissionais de saúde	Austrália									
	Dinamarca									
	Irlanda									
	Japão*									
	Holanda									
	Nova Zelândia									
	Noruega									
	Polônia									
	Reino Unido									
	Estados Unidos									
Grupo privado composto por médicos	Canadá									
	Itália									
Prática médica individual / consultório	Áustria									
	Bélgica									
	República Checa									
	Estônia									
	França									
	Alemanha									
	Grécia									
	Coréia									
	Luxemburgo									
	Eslováquia									
Suíça										

Atenção Primária Organização Predominante	Países	Remuneração do Prestador de Serviço					Remuneração Médica			
		Capitação	FFS	P4P	Orçamentação	Outros	Salário	FFS	Capitação	Outros
Atenção Primária Pública	Chile									
	Finlândia									
	Hungria									
	Islândia									
	Israel									
	México									
	Portugal									
	Eslovênia									
	Espanha									
	Suécia									
	Turquia									

Legenda: SIM NÃO

Fonte: Questões 27 e 33, OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates. 2016.

Nota: O método predominante de pagamento foi determinado pelos países, com base na participação no gasto total, número de contratos ou número de prestadores.

Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS

No Quadro acima, pode-se observar que uma combinação de *Capitation e Fee For Service* predomina na atenção primária nos países citados, especialmente nos grupos privados compostos por médicos e outros profissionais de saúde. Na prática médica individual e em consultório, o FFS ainda é o modelo predominante de pagamento. Já na Atenção Primária Pública, o principal modelo é mesmo o *Capitation*, podendo ser aplicado sozinho ou combinado com a Orçamentação.

5.1.2 MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS EM CUIDADO AMBULATORIAL E DE ESPECIALIDADES

Os modelos híbridos de remuneração são menos utilizados na Atenção Especializada, onde o método de pagamento predominante continua sendo o *Fee For Service*. No entanto, alguns países, como a Suécia e o Reino Unido, incorporaram formas mistas, como Orçamentos Globais e Pagamento por Desempenho (P4P) por meio de bônus (Audit Commission, 2010; OECD, 2016).

O quadro abaixo exemplifica os modelos de remuneração utilizados para serviços ambulatoriais e de especialidades, por países da OCDE.

QUADRO 22 - MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E DE ESPECIALIDADES, POR PAÍSES DA OCDE – 2016

Modelo Predominante	Países	Remuneração do Prestador de Serviço				Remuneração Médica	
		FFS	P4P	Orçamentação	Outros	Salário	FFS
Prática médica - Grupo privado	Austrália						
	Islândia						
	Japão						
	Holanda						
	Estados Unidos						

Modelo Predominante	Países	Remuneração do Prestador de Serviço				Remuneração Médica	
		FFS	P4P	Orçamentação	Outros	Salário	FFS
Prática médica individual / consultório	Áustria						
	Bélgica						
	República Checa						
	França						
	Alemanha						
	Grécia						
	Coréia						
	Luxemburgo						
	Polônia						
	Eslováquia						
	Suíça						
Clínica do sistema público -multiespecialidades	Chile						
	Israel						
Ambulatório de hospital público	Canadá						
	Dinamarca						
	Estônia						
	Finlândia						
	Hungria**						
	Irlanda						
	Itália						
	México						
	Nova Zelândia						
	Noruega						
	Portugal						
	Eslovênia						
	Espanha						
	Suécia						
	Turquia						
	Reino Unido						

Fonte: Questões 28 e 34, OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates, 2016.

Nota: O método predominante de pagamento foi determinado pelos países, com base na participação no gasto total, número de contratos ou número de prestadores.

Livre Tradução: Daniele Silveira – Especialista em Regulação – ANS

No contexto da atenção ambulatorial e de especialidades, o modelo predominante é ainda o FFS, exceto para ambulatórios de hospitais públicos, onde os modelos principais de pagamento são a orçamentação e, para os casos em que há remuneração médica direta, o assalariamento é bastante preponderante.

5.1.3 MODELOS DE REMUNERAÇÃO UTILIZADOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR

No contexto da atenção hospitalar, vêm se utilizando a remuneração por orçamento global ajustado por desempenho (qualitativo e quantitativo) ou por pagamento prospectivo por procedimento (DRG), dependendo do país (BOACHIE et al., 2014; UGÁ, 2012). Entretanto, para este tipo de atenção à saúde, os sistemas híbridos de pagamento são comuns.

Um *mix* de esquemas de remuneração pode significar uma combinação de DRG e Orçamentos Globais, mas também pode incluir pagamentos dentro da arquitetura do *Fee For Service* para determinados procedimentos, taxas por dia ou remuneração por itens (menos comuns).

O quadro a seguir exemplifica os modelos de remuneração predominantemente utilizados para serviços hospitalares, por países da OCDE.

QUADRO 23 - MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES, POR PAÍSES DA OCDE – 2016:

Países	Tipo de prestação de serviço	Remuneração do Prestador de Serviço			
		FFS	DRG	Orçamentação global	Per Diem
Alemanha	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Austrália	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Áustria	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Bélgica	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
Canadá	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Chile	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Dinamarca	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Espanha	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Finlândia	Hospitais Públicos				
França	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Grécia	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Islândia	Hospitais públicos				

Países	Tipo de prestação de serviço	Remuneração do Prestador de Serviço			
		FFS	DRG	Orçamentação global	Per Diem
Irlanda	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
Israel	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Itália	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Japão	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
México	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Portugal	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Reino Unido	Hospitais Públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Suíça	Hospitais públicos				
	Hospitais privados sem fins lucrativos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				
Turquia	Hospitais públicos				
	Hospitais privados com fins lucrativos				

Fonte: Questão 28, OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates. 2016.

Nota: O método predominante de pagamento foi determinado pelos países, com base na participação no gasto total, número de contratos ou número de prestadores.

Livre Tradução: Priscilla Brasileiro – Técnico em Regulação – ANS

Os modelos de pagamento utilizados para a atenção hospitalar variam bastante caso-a-caso, conforme pode-se observar no quadro apresentado acima, entretanto, o DRG pode ser considerado o modelo mais utilizado nos diversos países apresentados.

6. DIRETRIZES GERAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR

Com a crescente crítica ao *Fee For Service*, desde o final da década de 1980 e início dos anos 1990, os sistemas de saúde mundiais têm migrado para diferentes modelos de pagamento (AAS, 1995; NORONHA et al., 2004; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014). Nota-se uma tendência de ampliação da produção de experiências e conhecimento relacionados ao financiamento da atenção à saúde; à implementação de modelos alternativos de pagamento baseados em valor, vinculados ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução de desperdícios na prestação dos serviços de saúde.

A competição baseada em valor, e não em volume, deve ser considerada como alternativa e deve ser guiada por oito princípios:

- O cuidado em saúde deve ser baseado em resultados;
- O cuidado em saúde deve estar centrado nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento;
- O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso;
- O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/ condição médica em questão;
- A competição deve ser regional e nacional, não apenas local;
- As informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas; e
- As inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

Fonte: Porter e Teisberg (2007).

Desse modo, Porter e Teisberg (2007) fazem uma diferenciação importante entre a competição baseado nos resultados para os pacientes, na qual todos os participantes poderiam se beneficiar e seriam recompensados quando alcançassem excelência, portanto tratando-se de uma competição de soma positiva; e a competição por transferência de custos e limitação de serviços, que é uma competição de soma zero, significando que o ganho de uma das partes é perda para os demais. Entretanto, esses autores acreditam que, para funcionar de forma satisfatória e para que os resultados melhorem de fato, todos os agentes do sistema deveriam participar da competição baseada em valor. (PORTER e TEISBERG, 2007).

Dentre os critérios de sucesso para implantação de modelos inovadores de remuneração, há que se considerar as diferentes perspectivas dos envolvidos. Do ponto de vista de um prestador de serviços de saúde, a capacidade de alterar a forma como os cuidados são prestados, a fim de melhorar a qualidade, reduzir os gastos, ou ambos, exige que o modelo de remuneração tenha duas características principais (MILLER, 2017; UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014):

- o modelo de pagamento precisa permitir flexibilidade suficiente para que o prestador de serviços de saúde preste o tratamento adequado e com qualidade conforme a condição de saúde de cada paciente.
- o valor do pagamento deve ser compatível com a cobertura de custos da reformulação na prestação do cuidado em saúde.

Por outro lado, do ponto de vista das fontes pagadoras (operadoras ou paciente), um bom sistema de pagamento deve ter duas características um pouco diferentes:

- o modelo de pagamento deve garantir que os pacientes recebam os cuidados de que necessitam nos níveis esperados de qualidade; e
- o valor do pagamento não deve ser superior ao necessário para fornecer serviços de alta qualidade e deve resultar na economia esperada.

Embora essas diferentes perspectivas não sejam incompatíveis, elas também não estão alinhadas automaticamente, uma vez que os interesses das operadoras e dos prestados de serviços são diversos. Enquanto os prestadores querem liberdade de utilizar recursos sem restrições e serem remunerados pela utilização desses recursos, as operadoras desejam diminuir as despesas com a utilização de serviços de saúde.

A implantação de um modelo de remuneração que um prestador considera mais adequado, baseado nas características de sua prestação de serviços, pode ser vista com pouco interesse pelas operadoras, como se pode observar pelos exemplos abaixo (MILLER, 2015b):

- os prestadores podem achar que as medidas de adequação e de qualidade definidas pelas Operadoras irão penalizá-los injustamente se tiverem pacientes com maiores necessidades ou necessidades incomuns; além disso, que sua capacidade de obter alto desempenho nessas situações pode exigir mais ou exigir diferentes serviços do que o modelo de remuneração suporta. Por exemplo, várias medidas de qualidade e utilização que estão sendo usadas pelos pagadores têm sido criticadas por não reconhecer pacientes com condições crônicas, limitações funcionais, ou outras condições de saúde, que precisam de serviços adicionais para alcançar bons resultados.
- as operadoras podem ter a sensação de estarem pagando demais por determinados serviços ou pagando por serviços desnecessários, enquanto os prestadores podem achar que, em muitos casos, os pagamentos não cobrem os custos da prestação de cuidados de qualidade e que eles não podem controlar muitos aspectos da utilização.

Assim, se uma mudança no modelo de remuneração está sendo projetada, ela deve proporcionar aos prestadores a capacidade de redesenhar os cuidados para atingir maior qualidade e eficiência, bem como proporcionar às operadoras meios de garantir que as mudanças esperadas a partir da implementação sejam realmente alcançadas.

Vale ressaltar que em qualquer modelo de remuneração, o método deve buscar evitar o desperdício de recursos, melhorar a qualidade e a acessibilidade e deve permitir a escolha do prestador pelo paciente. Além disso, o modelo preferencialmente deve ser de fácil implementação (BOACHIE et al., 2014).

São as seguintes as Diretrizes Gerais para a implementação de modelos de remuneração:

1. Centralidade no paciente;
2. Melhorias organizacionais;
3. Priorizar modelos remuneratórios baseados em valor em saúde;
4. Diferenciar os métodos de pagamento, nos diferentes contextos (Cuidados Primários, Hospital, etc); e
5. Tornar os resultados transparentes para a sociedade.

Fonte: Leemore et al., 2017

Para além da questão da contenção de gastos em saúde, existe a necessidade de gestão dos sistemas de saúde a partir de redes integradas de serviços, além de sistemas de informação para o acompanhamento de indicadores de qualidade. Essa gestão requer instrumentos de regulação dos prestadores de serviços de saúde, regras claras entre prestadores e operadoras de planos de saúde, por meio de contratualização para formatação de modelos de remuneração de prestadores de serviços que superem o mero pagamento por procedimento. As regras de contratualização são fundamentais, porque em qualquer sistema de pagamento, ambas as partes devem concordar com os mecanismos de remuneração utilizados e com os serviços a serem prestados para ajudar a se chegar a um jogo de “ganha-ganha” para todos os participantes, de modo a proteger os pacientes (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI e MERE JR., 2016).

6.1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ELABORAÇÃO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR

Considerando a diversidade e a complexidade das variáveis envolvidas na introdução de um novo modelo de remuneração, o Projeto de implantação não pode ser compreendido como algo fechado, que possa ser estabelecido a partir de uma receita pré-estabelecida. Assim, é de suma importância a conformação de um Projeto adequado para a implantação do novo modelo de remuneração em cada caso concreto, estruturado a partir do diagnóstico do problema, da reflexão sobre o novo modelo de remuneração a ser adotado e da investigação sobre a melhor forma de introduzi-lo na prática.

Para garantir a qualidade da análise e a consideração de diferentes perspectivas no Projeto, é essencial o estabelecimento do diálogo e a cooperação entre a operadora e o prestador de serviços de saúde. As resistências e riscos de insucesso tendem a ser maiores quando o prestador de serviços é envolvido somente após a tomada a decisão sobre o novo modelo de remuneração e a forma de implementá-lo, sem nenhuma participação na análise que culminou com a proposição (Brasil, 2018).

Ainda que os métodos, técnicas e metodologias a serem aplicados tenham que ser definidos caso a caso, há alguns elementos que devem ser observados de maneira geral, conforme será apresentado nas orientações gerais constantes do presente capítulo. Vale registrar, contudo, que a estrutura sugerida não deve ser compreendida como fixa e unidirecional. Isso porque, em muitas situações, poderá haver interação entre as etapas, requerendo revisão ou ajustes em etapas anteriores. Em condições particulares e de elevada complexidade, pode ainda ser identificada a necessidade de maior aprofundamento em alguma das etapas propostas (Brasil, 2018).

6.1.1 ESTRUTURA DO PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO

O nível de detalhamento do Projeto para implantação do novo modelo de remuneração pode variar conforme a complexidade e profundidade das mudanças a serem introduzidas, bem como de características da relação entre a operadora e o prestador.

Para que o Projeto possa atender aos seus propósitos, é desejável que contemple os seguintes tópicos:

- Descrição do contexto a partir do qual será proposto o Projeto;
- Identificação dos problemas/barreiras relacionados ao modelo de remuneração atual;
- Definição dos objetivos que se pretende alcançar;
- Descrição das possíveis alternativas de modelos de remuneração;
- Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de modelos de remuneração;
- Estratégias de implantação, fiscalização e monitoramento do novo modelo de remuneração.

6.1.1.1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO A PARTIR DO QUAL SERÁ PROPOSTO O PROJETO

A contextualização deve abordar, de maneira objetiva, as características da operadora e do(s) prestador(es) de serviços de saúde envolvidos no Projeto, bem como de elementos presentes na relação entre estas instituições. Isso porque o Projeto deve ser desenhado a partir de especificidades como o perfil e porte das instituições, ou mesmo ao grau e à relevância da relação entre a operadora e o prestador de serviços, o que pode vir a influenciar diretamente as chances de sucesso da implantação do modelo de remuneração.

Além disso, elementos como as características da carteira de beneficiários que são atendidos pelo prestador de serviços de saúde e variáveis relacionadas a aspectos econômicos, concorrenciais e assistenciais, por exemplo, também são relevantes para a caracterização e descrição do contexto em que será elaborado e operacionalizado o Projeto.

6.1.1.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/BARREIRAS RELACIONADOS AO MODELO DE REMUNERAÇÃO ATUAL

Nesta etapa deve ser feito o registro da situação que chamou a atenção sobre a necessidade de adoção de um modelo de remuneração alternativo. A caracterização do problema é de grande relevância para o Projeto, visto que a sua identificação, inclusive no que se refere às suas causas e consequências, favorecerá a identificação de soluções voltadas ao alcance dos objetivos do Projeto (Brasil, 2018).

Os problemas/barreiras devem ser descritos a partir de diferentes perspectivas. Após a avaliação inicial, o problema deve ser delimitado, considerando que ele pode estar associado a diferentes fatores como custo, qualidade do cuidado, resultados em saúde e/ou informação, por exemplo.

O sistema de pagamento por *Fee For Service*, por exemplo, pode criar barreiras para a entrega dos serviços novos, necessários para melhorar a qualidade e reduzir desperdícios na assistência. Dentre estas barreiras está o fato de que frequentemente, esta modalidade de pagamento não prevê remuneração para atividades essenciais para o cuidado em saúde, tais como a comunicação entre profissional de saúde e paciente, as funções de coordenação do cuidado, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e o pagamento diferenciado em função do desempenho, dentre outros.

Outra barreira que pode estar associada ao *Fee For Service* é a possibilidade de remuneração desproporcional entre os diferentes pontos de assistência e fases específicas do cuidado, que pode vir a favorecer determinados prestadores/pontos de atenção, em detrimento de outros, que podem estar recebendo valores baixos.

A remuneração por *Fee For Service* pode também ser um fator limitante para o estabelecimento de valores diferenciados para os distintos perfis ou necessidades de saúde dos pacientes. Assim, se há apenas um valor de pagamento para determinado serviço/procedimento, mas a quantidade de tempo, recursos humanos ou materiais necessários para fornecer o serviço varia significativamente de paciente para paciente, o prestador de serviços que atender pacientes complexos e de alto risco podem estar sendo penalizados financeiramente.

Na assistência hospitalar, a remuneração por meio de diárias, na denominada “conta aberta”, também é frequentemente associada com incentivos negativos, sem favorecer a relação custo/efetividade.

Ou seja, de acordo com cada situação concreta, deverão ser descritos os problemas/barreiras relacionados ao modelo de remuneração adotado na relação entre a operadora e o prestador.

As informações constantes desta publicação, especialmente as dispostas na coluna “**Desvantagens**”, presentes no Quadro 1 do **Anexo**, são um importante auxílio para a identificação de problemas relacionados ao modelo de remuneração atual.

Adicionalmente, podem haver outros problemas além dos mencionados/previstos no presente documento, que sejam identificados na prática, no processo de elaboração do Projeto.

6.1.1.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS QUE SE PRETENDE ALCANÇAR

Tendo como referência os problemas identificados na forma de remuneração atualmente praticada, devem ser estabelecidos, de modo claro, os objetivos que se almeja atingir a partir da implantação do novo modelo de remuneração. Os objetivos estabelecidos constituirão a base para a análise comparativa entre as diferentes alternativas de modelos de remuneração. Além disso, os objetivos estabelecerão os parâmetros a partir dos quais deverão ser projetadas as estratégias de implementação, monitoramento e avaliação do novo modelo de remuneração escolhido (Brasil, 2018).

A maioria dos modelos de remuneração praticados não foram projetados para favorecer o controle de gastos evitáveis. De todo modo, definir o objetivo do novo modelo de remuneração somente como “reduzir o custo total de atendimento” pode parecer suficiente a partir da perspectiva de uma fonte pagadora, mas pode ser insuficiente ou problemático para os demais envolvidos, principalmente para os pacientes (Miller, 2018).

Isso porque há maneiras pelas quais uma redução de despesa total pode ser prejudicial para a assistência à saúde dos beneficiários. Um modelo de remuneração que tem como alvo, além da redução de gastos, a melhoria da qualidade do atendimento, será muito mais seguro para os pacientes do que uma remuneração que premie indistintamente toda e qualquer redução das despesas de saúde (Miller, 2018).

Nenhum prestador de serviço, seja ele um consultório, clínica ou hospital, é capaz de oferecer isoladamente todos os serviços de saúde de que um beneficiário necessita, bem como não possui a capacidade de controlar todos os custos associados aos cuidados de saúde do paciente. Assim, os objetivos vinculados ao modelo remuneratório precisam ser focados nos aspectos específicos de gastos e de qualidade que os prestadores de serviços podem controlar.

Um aspecto essencial na elaboração de um Projeto para implantação de um modelo de remuneração é a identificação de oportunidades específicas para melhorar os resultados e/ou reduzir os gastos potencialmente evitáveis. Assim, para que seja escolhido um modelo de remuneração apropriado que venha a ser coerente com os objetivos propostos, há que se identificar quais os aspectos da assistência à saúde que serão modificados para se reduzir os gastos e/ou melhorar a qualidade do cuidado. As oportunidades para fazer isso são apresentadas por Miller (2018) nas seguintes categorias:

- Evitar serviços que prejudicam ou não têm nenhum benefício para o paciente;
- Evitar serviços com danos ou com riscos que superem os benefícios;
- Utilizar serviços com menor custo e que possam alcançar melhores resultados;
- Entrega de um mesmo serviço com um prestador de serviços com custo mais baixo;
- Evitar complicações no tratamento;
- Prevenir o desenvolvimento de condições prejudiciais à saúde;
- Identificar problemas de saúde com maior antecedência; e
- Prevenir o agravamento de condições de saúde.

6.1.1.4 DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS ALTERNATIVAS DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Esta etapa contempla a descrição das alternativas de modelos de remuneração cujas características sejam mais ajustadas aos problemas identificados e ao atingimento dos objetivos almejados. Para a adequada condução do processo decisório, é essencial considerar as diferentes alternativas de se fazer frente aos problemas observados no caso concreto, afastando os modelos que se mostrarem inviáveis e aprofundando a análise daqueles que apresentarem um bom potencial (Brasil, 2018).

Alguns modelos de remuneração tendem a alcançar maior viabilidade em determinados níveis da atenção, como a Orçamentação Global e o DRG na atenção hospitalar; e o Captation na atenção básica, por exemplo. Portanto, variáveis relacionadas ao tipo de atenção e nível de complexidade da prestação dos serviços, por exemplo, devem ser consideradas para se afastar a escolha de determinados modelos de remuneração ou para a manutenção dentre o elenco de modelos de remuneração que potencialmente se adequem à situação concreta. Outros aspectos que devem ser considerados são o controle de custo e os recursos necessários, incluindo o tipo de informação coletada para funcionamento do modelo e as variáveis de infraestrutura, processo e resultado.

Para a realização da análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de modelos de remuneração, merecem destaque as informações dispostas nos **Capítulos 3 e 4** (quadros apresentados ao final da descrição de cada modelo de remuneração, com os “Elementos necessários para a implementação” do respectivo modelo de remuneração).

6.1.1.5 ANÁLISE DOS POSSÍVEIS IMPACTOS E COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Na presente etapa devem ser descritos os potenciais impactos, positivos e negativos, das alternativas de modelos de remuneração que permaneceram entre as opções potencialmente viáveis. Assim, o propósito desta etapa é ponderar as vantagens e desvantagens dos modelos de remuneração alternativos são viáveis e identificar se poderão proporcionar mais benefícios do que o modelo de remuneração atual (Brasil, 2018).

Para analisar se um modelo de remuneração alternativo é viável, Miller (2018) recomenda a consecução das seguintes etapas:

1. identificar os custos atuais e projetar os custos de prestação de serviços sob a abordagem do novo modelo de remuneração. Mesmo quando o objetivo do modelo de remuneração é evitar serviços desnecessários ou prejudiciais, os prestadores de serviços podem precisar gastar mais tempo ou incorrer em mais custos, a fim de tomar as decisões para alterar os serviços ou para oferecer serviços alternativos. Além disso, se o volume de serviços muda sob o novo modelo de remuneração, o custo de entrega de serviços provavelmente também vai mudar. Há que se considerar que uma parcela dos custos da maioria dos prestadores de serviços de saúde é fixa, de modo que o custo médio de um serviço/procedimento irá aumentar quanto menos deste serviço/procedimento for fornecido. Consequentemente, para ter uma análise de custos adequada não é suficiente a consideração apenas dos valores atuais de custo e de remuneração de determinado serviço/procedimento, considerando a existências de custos fixos e custos variáveis associados com o serviço e com mudanças na quantidade ou diversidade de serviços/procedimentos realizados.

2. identificar uma ou mais alterações que são necessárias para atingir a economia e/ou a melhoria na qualidade desejada, tal como exemplificado no Quadro abaixo. A implantação de um novo modelo de remuneração é improvável que seja bem-sucedida a menos que seja claro que há uma forma diferente da atual de prestar/remunerar os serviços de saúde, que pode favorecer os resultados desejados em termos de economia e qualidade. As formas específicas em que serviços vão precisar mudar devem ser identificadas, a fim de assegurar que a concepção do novo modelo de remuneração suporta adequadamente uma abordagem melhor para a prestação do cuidado em saúde.

QUADRO 24 - OPORTUNIDADES PARA REDUZIR GASTOS E/OU MELHORAR A QUALIDADE:

Oportunidade	Exemplos	Alterações/ Mudanças necessárias
1. Evitar serviços que prejudicam ou não têm nenhum benefício para o paciente	O uso de antibióticos para doenças virais Repetição desnecessária de exames laboratoriais e de imagem Pré-operatório antes de cirurgia ambulatorial Exame de imagem para a dor lombar aguda Diagnósticos equivocados	Tempo adicional necessário durante as visitas do paciente para tomada de decisão compartilhada sobre o tratamento Tempo adicional fora de visitas do paciente para determinar quais via de tratamento é mais adequado
2. Evitar serviços com danos ou com riscos que superem os benefícios	Angiografia coronária em pacientes de baixo risco	
3. Utilizar serviços com menor custo e que possam alcançar melhores resultados	Fisioterapia em vez de cirurgia da coluna vertebral Parto de baixo risco realizado por enfermeiro obstétrico e médico obstetra na retaguarda) Home care ao invés de admissão em regime de internação hospitalar	Assegurar a disponibilidade de serviços alternativos Criação ou expansão de centros de nascimento Expansão dos serviços de saúde e de cuidados paliativos em casa para as comunidades rurais
4. Entrega de um mesmo serviço com um prestador de serviços com custo mais baixo	Diagnóstico e procedimentos em consultórios/clínicas médicas/hospitais-dia ao invés de hospitais	
5. Evitar complicações no tratamento	Redução/eliminação de riscos associados às infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central Redução de eventos adversos durante internações hospitalares	
6. Prevenir o desenvolvimento de condições prejudiciais à saúde	Perda de peso para prevenir a diabetes	Mudanças na forma como os serviços existentes são entregues. A seguir listas de verificação para prevenir infecções.
7. Identificar problemas de saúde com maior antecedência	Rastreamento de pressão arterial elevada A identificação precoce e tratamento de complicações de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Identificação precoce e tratamento de complicações de quimioterapia	A monitorização remota de pacientes para identificação precoce de problemas.
8. Prevenir o agravamento de condições de saúde	Retardar a progressão da doença renal crônica	
9. Melhora não relacionada imediatamente ao resultado em saúde (sem aumento de gastos)	Retorno do paciente mais cedo ao trabalho	
10. Aumento dos investimentos para manter a qualidade	Aumento dos pagamentos para manter profissionais com perfil específico, como médicos com formação em Atenção Primária à Saúde Aumento da remuneração para manter estabelecimentos de pequeno porte que sejam importantes para proporcionar acesso aos beneficiários residentes em locais distantes dos grandes centros urbanos	Assegurar a disponibilidade de serviços, Mudanças na forma como os serviços existentes são entregues ou a Criação de serviços totalmente novos
11. Melhoria dos resultados relacionados com cuidados de saúde através de ampliação dos gastos	Cobertura de novos procedimentos, medicamentos ou dispositivos médicos que prolongam a vida	

Fonte: traduzido e adaptado de “How to Create an Alternative Payment Model — Executive Summary” (Miller, 2018)

Os impactos positivos e negativos devem ser analisados considerando um período de tempo estabelecido previamente (1 ano, por exemplo). Deve ser considerada na análise, inclusive, a eventual manutenção do modelo de remuneração atual (Brasil, 2018).

A análise empreendida nesta etapa irá embasar a decisão acerca do novo modelo de remuneração a ser adotado, considerando aquele que potencialmente se adapte melhor ao contexto e favoreça o alcance dos objetivos, levando em conta as vantagens, desvantagens e os impactos nos custos e na qualidade da atenção à saúde.

6.1.1.6 ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DO NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO

Esta etapa abrange a sistematização das estratégias de implantação do modelo de remuneração identificado como mais adequado na etapa anterior. As estratégias de implementação do novo modelo de remuneração devem se debruçar sobre aspectos como (Miller, 2018):

- Quais áreas/setores e pessoas da operadora e do prestador devem ser envolvidos na implementação;
- Se é necessário algum tipo de preparação específica ou adaptação interna da operadora e/ou prestador para a implementação do modelo de remuneração e qual o tempo necessário, como, por exemplo, criação ou adaptação de sistemas, capacitação de funcionários, alterações em processos de trabalho, contratação e realocação de pessoal, etc.
- Se é necessário algum plano de divulgação específico no âmbito da operadora e/ou prestador;
- Se há necessidade de alteração ou de revogação e elaboração de um novo contrato entre a operadora e prestador, por exemplo:
 - Se é necessária a elaboração de cláusula contratual de reversibilidade;
 - Discriminação do prazo recomendado para o modelo de remuneração entrar em vigor e se é desejável um prazo máximo para sua vigência ou revisão;
 - Se a implementação demanda dados ou informações específicas, se essas informações estão disponíveis ou se é necessária alguma atividade para obtê-las.

A transição para um modelo de remuneração inovador, que seja orientado para o valor (e não ao volume) comumente implica no compartilhamento e transferência de riscos para o prestador de serviços de saúde. Assim, recomenda-se que a estratégia de implantação do Projeto preveja que a transferência ou compartilhamento de riscos seja feita de maneira gradativa, considerando o amadurecimento e a capacidade dos envolvidos (ICOS, 2018).

Especificamente sobre os beneficiários elegíveis para participar do Projeto, pode ser válido delimitar inicialmente os beneficiários participantes, considerando aqueles com maior probabilidade de receber os serviços desnecessários e/ou se beneficiar dos serviços estimulados pelo novo modelo de remuneração. No entanto, é necessária cautela para evitar que os critérios de elegibilidade incentivem o sobrediagnóstico ou o tratamento excessivo. Para evitar vieses, é essencial que a determinação dos critérios de elegibilidade do beneficiário para um modelo de remuneração seja feita prospectivamente, ou seja, antes de o prestador de serviços participante do Projeto começar a prestar os serviços (Miller, 2018).

Caso os critérios de elegibilidade sejam baseados em características dos pacientes que não constem do cadastro do beneficiário junto à operadora, a determinação de elegibilidade dos beneficiários deverá ser feita pelo prestador de serviços participante do Projeto. De todo modo, é importante assegurar que os prestadores participantes não evitem, seletivamente, pacientes que precisam de mais serviços e/ou são menos propensos a ter resultados favoráveis. Isto pode ser feito através da identificação dos fatores que afetam a quantidade de atendimentos/procedimentos que um

beneficiário irá precisar e os respectivos resultados esperados (Miller, 2018). Tais aspectos devem ser incorporados no desenho do Projeto, de modo que os prestadores recebam a remuneração apropriada, considerando a existência de pacientes com maior ou menor necessidade de cuidados em saúde.

A estratégia de implementação pode ser sistematizada em formato de lista ou tabela, registrando os principais desafios para a implementação do novo modelo de remuneração e as ações necessárias, com os respectivos responsáveis e cronograma, conforme exemplo abaixo (Brasil, 2018).

QUADRO 25 – DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Desafios técnicos, de ordem institucional ou de tempo	Ações	Áreas/Pessoas Responsáveis	Cronograma
(para a implementação do novo modelo de remuneração)	(para superação dos desafios e implementação da proposta)		

Fonte: Adaptado de “Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR” (Brasil, 2018)

Nesta etapa devem ser sistematizadas também as estratégias para monitoramento dos resultados do novo modelo de remuneração, apresentando como serão acompanhados os resultados e as respectivas metas. A eventual ausência de qualquer tipo de avaliação da implantação do novo modelo de remuneração pode acarretar (Brasil, 2018):

- Na permanência de desperdícios e custos desnecessários;
- Na falta de conhecimento de impactos indesejados eventualmente gerados pelo novo modelo de remuneração implantado;
- Na falta de conhecimento sobre a necessidade ou oportunidades de melhorias no novo modelo de remuneração implantado;
- Na ausência de fundamentos técnicos para demonstrar os benefícios promovidos pelo novo modelo de remuneração implantado.

As estratégias para a avaliação dos impactos devem ser estabelecidas para cada caso concreto, a depender da complexidade e variáveis envolvidas, bem como da quantidade e qualidade das informações existentes. A verificação do quanto a implementação do modelo de remuneração foi bem-sucedida pode se dar a partir da comparação entre os resultados do modelo de remuneração atual, os resultados advindos da implantação do novo modelo de remuneração e os objetivos previstos (Brasil, 2018).

É essencial que a descrição das estratégias de monitoramento abranja indicadores capazes de mensurar os resultados, bem como as premissas, os parâmetros, as hipóteses e as fontes de informação utilizados (Brasil, 2018). Além da metodologia de monitoramento a ser utilizada no Projeto, as razões da sua escolha também devem ser descritas nesta etapa do Projeto.

A definição dos indicadores deve ser feita caso a caso, a depender do tipo de ação a ser monitorada, dos objetivos e das metas definidas. Há diferentes maneiras de categorizar os indicadores, sendo uma das formas mais difundidas de categorização de indicadores a seguinte (Donabedian, 1990; ANS, 2016; Brasil, 2018):

- a. Indicadores de Estrutura: compreendem as condições de estrutura física, recursos humanos, tecnológicos e organizacionais;

b. Indicadores de Processo: buscam avaliar como a ação foi implementada, com foco nos meios e processos empregados e como eles contribuíram para o sucesso ou fracasso na obtenção dos objetivos esperados;

c. Indicadores de Resultado: buscam avaliar se a ação implementada de fato agiu sobre o problema identificado, quais impactos positivos ou negativos ela gerou, como eles se distribuíram entre os diferentes grupos e se houve impactos inesperados para os pacientes e para o sistema de saúde.

No contexto da implantação de um novo modelo de remuneração, ganha relevância também a avaliação sob a perspectiva econômica, buscando avaliar se os benefícios gerados pelo novo modelo de remuneração superaram seus custos.

Idealmente, a qualidade dos cuidados seria avaliada com base nos resultados obtidos na atenção aos pacientes. No entanto, proporcionalmente, poucas medidas de resultados têm sido desenvolvidas e utilizadas, considerando os desafios no registro e interpretação de medidas de resultado. Além disso, a maioria dos resultados não estão totalmente sob o controle dos prestadores de serviços de saúde. Medidas de “processo”, isto é, de verificação se uma determinada atividade foi realizada, são mais comumente usados, porque eles são mais fáceis de coletar e porque tendem a se concentrar em aspectos da prestação de cuidados que o prestador pode controlar. Uma terceira opção é a avaliação de “resultados intermediários”, tais como os resultados dos testes laboratoriais (Miller, 2018).

A escolha dos tipos de indicadores deve basear-se nos objetivos do modelo de remuneração. Indicadores de resultado serão preferíveis quando os prestadores de serviços podem controlar os fatores que afetam os resultados. Já os indicadores de processo serão mais apropriados quando o objetivo é conseguir a entrega mais confiável ou eficiente dos processos, com base em protocolos e evidências atualizadas. De todo modo, é desejável que seja estabelecida uma combinação de indicadores de processo e resultados, considerando que as medidas do processo podem identificar se as mudanças desejáveis estão sendo realizadas, e as medidas de resultado podem captar se as mudanças estão tendo impactos positivos sobre a saúde dos beneficiários (Miller, 2018).

O elenco de indicadores selecionados não precisa ser exaustivo. Deve-se priorizar os indicadores que sejam realmente relevantes para a verificação do desempenho do modelo de remuneração implantado. Os indicadores selecionados devem ser calculados a partir de dados já disponíveis ou viáveis de serem coletados, sem demandar custos desproporcionais para sua obtenção (Brasil, 2018).

Para o monitoramento é essencial também a obtenção de informações sobre a linha de base, ou seja, sobre o cenário inicial, prévio à implementação do novo modelo de remuneração, permitindo verificar se o cenário foi modificado no sentido almejado (Brasil, 2018).

Para o estabelecimento de indicadores e respectivas metas assistenciais, as experiências nacionais e internacionais podem constituir marcos referenciais importantes. Contudo, é evidente que as experiências observadas internacionalmente ou mesmo nacionalmente devem ser incorporadas sem que se deixe de considerar as peculiaridades do setor suplementar de saúde e o contexto de atuação da operadora e prestadores de serviços envolvidos.

Além dos dados que operadora e o prestador dispõem internamente, podem ser utilizadas outras fontes de informação como, por exemplo, da própria ANS, do Ministério de Saúde, bases de dados públicas ou privadas, estudos acadêmicos e publicações especializadas, por exemplo. As informações registradas por meio do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) e nos prontuários eletrônicos, por exemplo, devem ser avaliadas como possíveis fontes de informações para o cálculo de indicadores e estabelecimento das metas.

Além do elenco de indicadores, é recomendável que o Projeto descreva a estratégia de acompanhamento para cada um dos indicadores e a respectiva meta. No Quadro 29, consta um exemplo de sistematização da descrição de indicador, incluindo aspectos relacionados às estratégias específicas de coleta, organização e de tratamento de dados, bem como do estabelecimento de meta (Brasil, 2018).

QUADRO 26 – DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO:

Elemento a ser mensurado	Informar o que se pretende medir
Indicador	Informar o indicador a ser utilizado, inclusive a métrica/fórmula do mesmo.
Parâmetro do Cenário Inicial	Medição do cenário inicial que servirá de referência para comparação com o indicador.
Área responsável	Área responsável pelo acompanhamento do indicador.
Fontes de dados	Indicar as fontes para obtenção dos dados necessários para o cálculo do indicador ou como eles podem ser gerados. É importante verificar se as fontes de dados indicadas atendem à periodicidade de medição adequada para o indicador proposto.
Frequência de coleta de dados	Caso seja necessária a geração de dados primários, indicar com que frequência eles devem ser gerados. Se forem utilizados dados secundários, indicar qual a melhor frequência de solicitação ou consulta aos dados.
Frequência de cálculo do indicador	Indicar com que frequência o indicador deve ser calculado para o monitoramento adequado.
Meta relacionada ao indicador	Informar a meta à qual o indicador está relacionado.
Data alvo para atingimento da meta	Definir a data limite desejada para o atingimento da meta.

Fonte: Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR (Brasil, 2018)

SUGESTÕES DE FONTES PARA PESQUISA DE INDICADORES EM SAÚDE:

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<https://qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)

<https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes>

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)

<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matr>

Center for Healthcare Quality and Payment Reform (CHPQR)

www.chpqr.org

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

<http://fichas.ripsa.org.br/2012/>

International Consortium for Outcomes Measurement (ICHOM)

<https://www.ichom.org/benchmarking/>

National Committee for Quality Assurance (NCQA)

<https://www.ncqa.org/hedis/>

National Institutes of Health (NHS):

<https://www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/data-info/open-data/clinical-services-quality-measures/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)

https://data.oecd.org/searchresults/?hf=20&b=0&r=%2Bf%2Ftype%2FIndicators&r=%2Bf%2Ftopics_en%2Fhealth&l=en&s=score

Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS):

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_fichas_tecnicas_dos_indicadores.pdf

Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS/ANS

http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Relacao_Indicadores_QUALISS.pdf

Para trazer perspectivas complementares, a análise dos resultados pode contar com a participação de profissionais distintos daqueles que elaboraram o Projeto, bem como da perspectiva de beneficiários atendidos no âmbito do Projeto (Brasil, 2018). Ao efetuar a análise do desempenho nos indicadores, deve-se identificar quais fatores relacionados diretamente à implantação do novo modelo de remuneração tiveram influência no resultado. A partir dos resultados identificados, pode-se concluir pela pertinência de manutenção da estratégia de implantação do novo modelo de remuneração ou pela necessidade de reorientação da estratégia.

6.2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE PROJETOS PARA PARTICIPAÇÃO NA FASE III DO GT DE REMUNERAÇÃO:

A discussão do GT de Remuneração buscou abordar modelos alternativos de remuneração que contemplassem, também, os quatro objetivos (*Quadruple Aim*) do cuidado em saúde propostos pelo *Institute for Health Improvement* – IHI, quais sejam (IHI, 2017):

1. Qualidade (Quality) – melhorar a maneira como os cuidados são prestados para alcançar melhores resultados;
2. Custo (Cost) – aumentar a eficiência operacional;
3. Centralidade no Paciente (Patient Centred) – melhorar a experiência do paciente; e
4. Experiência do Profissional de Saúde (Experience) – melhorar a experiência do cuidador, melhorando o fluxo de trabalho e capacitando equipes de atendimento.

Diante do exposto, o aprendizado proporcionado por experiências no âmbito nacional e internacional torna-se extremamente útil para a proposição de modelos de remuneração alternativos no setor suplementar de saúde brasileiro. Assim, o GT de Modelos de Remuneração adotou como um de seus eixos principais o fomento à troca de experiências e a sistematização e divulgação de experiências em curso no país e no mundo.

Para a implementação de modelos de remuneração eficientes, não há “receita”. Para saber o que funciona melhor em determinado contexto, é necessária a experimentação de diferentes abordagens e combinação dos diferentes modelos de pagamento. A adoção dos modelos tem variado conforme características do sistema de saúde e experiências dos prestadores e compradores na gestão em saúde. É importante conhecer experiências exitosas nacionais e internacionais, o que se objetivou alcançar por meio do GT de Modelos de Remuneração.

Um aspecto notadamente presente nas manifestações de participantes do GT foi o anseio de que experiências concretas busquem experimentar cada vez mais, na prática, componentes indutores da eficiência e qualidade,

mediante adoção de inovações nos modelos de remuneração. Contudo, nota-se frequentemente o receio por parte de prestadores de que novos modelos de remuneração possam diminuir seus ganhos financeiros, bem como o receio, por parte de representantes de operadoras, de que modelos de remuneração alternativos acabem por majorar suas despesas assistenciais.

Desse modo, a ANS, enquanto entidade reguladora, compromete-se a aprofundar o caminho que vem trilhando na condução do GT de Modelos de Remuneração, especialmente no que se refere à sistematização de orientações para a implementação de modelos de remuneração inovadores, bem como atuar no apoio ao desenvolvimento de projetos-piloto.

Após amplas discussões sobre modelos de remuneração ocorridas no GT, a ANS irá conduzir a Fase 3 cujos principais objetivos são:

1. Contribuir com iniciativas voltadas a superar os desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *Fee For Service*;
2. Apoiar estratégias para viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores com características específicas.

As Operadoras e Prestadores que desejam participar da Fase 3 do GT de Modelos de Remuneração poderão manifestar, de maneira voluntária, o interesse mediante o desenvolvimento de Projeto-Piloto, a partir das considerações feitas neste documento. Ademais, a ANS irá acompanhar as experiências e oferecer suporte técnico por meio de sua equipe e especialistas convidados, priorizando iniciativas vinculadas à atenção hospitalar e aos Projetos de Melhoria da Qualidade da ANS, tais como o Programa de Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar (Programa APS) e os Projetos Parto Adequado e OncoRede.

Nesse contexto, a ANS se propõe a apoiar a adoção de modelos de remuneração baseados em valor e contribuir para ganhos sucessivos de confiança, que permitam relacionamentos com maior grau de cooperação entre operadoras e prestadores, favorecendo a sustentabilidade do setor e a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada aos beneficiários.

Nessa perspectiva, para participar da Fase 3, devem ser apresentados projetos de modelos de remuneração substitutivos ao *Fee For Service* com as seguintes características específicas:

1. Descrever detalhadamente o modelo de remuneração a ser adotado, especificando o tipo de prestador de serviço envolvido, o grupo de procedimentos ou situações clínicas abordadas e o percentual de beneficiários contemplados, dentre outros aspectos;
 2. Contemplar melhorias organizacionais;
 3. Utilizar diferentes métodos de pagamento nos diferentes contextos (atenção primária em saúde, atenção hospitalar, etc);
 4. Descrever os termos do modelo a ser implementado no contrato com o prestador ou com o grupo de prestadores;
 5. Tornar os resultados transparentes para a sociedade;
 6. Colaborar para a maior sustentabilidade e qualidade da atenção no âmbito da saúde suplementar.
-

Com relação aos modelos de remuneração alternativos ao *Fee For Service* que forem apresentados para a participação nos projetos-piloto da Fase 3 do GT, a ANS avaliará se o mesmo contempla as seguintes características, que foram selecionadas baseadas nas diretrizes apresentadas ao longo deste documento:

1. Objetive a melhoria da qualidade do cuidado em saúde;
2. Baseie-se no conceito de valor em saúde;
3. Conhecimento acerca de aspectos demográficos e epidemiológicos da população cadastrada no projeto;
4. Centralidade no paciente;
5. Contemple monitoramento e avaliação dos resultados em saúde por meio de indicadores;
6. Conte com sistema de informação para o acompanhamento dos indicadores de qualidade;
7. Contemple a utilização de diretrizes e protocolos clínicos baseados em evidências;
8. Contemple forte coordenação do cuidado;
9. Estabeleça modulações para os possíveis vieses conforme Quadro 27, apresentado na Conclusão deste documento.

Ademais, na implantação dos novos modelos de remuneração, deve-se considerar as medidas propostas por Miller, para que haja maior diálogo, sintonia e equilíbrio na relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde, tais como (Miller, 2018):

- Os Prestadores de Serviços de Saúde devem ser envolvidos na elaboração do Projeto de implantação do novo modelo de remuneração;
- Permitir aos prestadores acessar dados apurados pela operadora, relativos aos cuidados que os seus pacientes estão recebendo;
- Revisão dos dispositivos contratuais que criam barreiras à incorporação do novo modelo de remuneração.

Cabe ressaltar que o papel da ANS é de induzir a discussão e a implementação de novos modelos de remuneração com vistas à melhoria da qualidade da assistência na saúde suplementar e sustentabilidade do setor. Não cabe ao órgão regulador estabelecer um único modelo de remuneração a ser adotado pelo setor por meio de normativos ou definir tabela de remuneração.

7. CONCLUSÕES

O relacionamento entre operadoras e prestadores é, frequentemente, permeado por conflitos e oposições, especialmente quando se trata de valores financeiros e da forma de remuneração. As atividades desenvolvidas no GT de Modelos de Remuneração proporcionaram avanços significativos no sentido de um contexto propício para o debate e o diálogo, buscando caminhos que possam convergir para a colaboração no setor suplementar de saúde. Além do espaço para vocalização de anseios e propostas, as atividades do GT possibilitaram que representantes de operadoras e prestadores pudessem se “desarmar”, percebendo que há espaço para o estabelecimento de cooperação e de consensos que proporcionem o alcance de objetivos mútuos.

No âmbito dos debates ocorridos no GT de Modelos de Remuneração ficou patente que o modelo voltado exclusivamente ao pagamento por procedimento tem sido insuficiente para responder às demandas atuais do setor, gerando insatisfações em operadoras e prestadores de serviços de saúde. Desse modo, ficou evidente a relevância do debate sobre o redesenho do modelo assistencial e dos modelos alternativos de remuneração de prestadores de serviços. Tal constatação converge com entendimento de autores relacionados ao tema, como Boachie e colaboradores (2014) e Miller (2015, 2017).

Não se trata, entretanto, de buscar a extinção total do *Fee For Service*, mas de propor modelos alternativos e complementares que, em determinados contextos, possam contribuir para a qualidade e eficiência do setor. Há diferentes contextos para os quais determinados modelos de remuneração podem ser os mais adequados, inclusive o *Fee For Service* aprimorado. Nesse sentido, nota-se uma tendência de se buscar a adequação do modelo de pagamento de acordo com o tipo de atenção prestada e a implementação de modelos de remuneração por tipo de situação clínica.

Desta forma, os modelos alternativos de remuneração devem buscar a melhoria da qualidade em saúde como um todo, não apenas objetivando a redução de custos (MILLER, 2018). De acordo com *Institute of Medicine* (IOM), a qualidade na assistência em saúde pode ser definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (IOM, 1999). Nessa direção, o modelo de remuneração baseado em valor deve ser sinérgico com a busca de qualidade em saúde em todas suas dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. No entanto, no Brasil, muitas estruturas organizacionais e práticas dos vários atores no sistema estão seriamente desalinhadas com os melhores resultados para os pacientes (BICHUETTI e MERE JR, 2016; UGÀ, 2012).

Entretanto, como cada um dos modelos de remuneração existentes provoca diferentes incentivos e desincentivos, as instituições pagadoras devem considerar fazer uma mistura destes sistemas de pagamento para reduzir eventuais distorções, tais como (BOACHIE et al., 2014):

- Incentivo aos prestadores de serviços para selecionar pacientes saudáveis e reduzir o acesso dos pacientes complexos;
- Produção excessiva de procedimentos desnecessários;
- Redução da qualidade na prestação dos serviços;
- Seleção adversa de risco;
- Sobreposição de procedimentos;
- Altas hospitalares precoces ou muito prolongadas.

Além disso, algumas estratégias devem ser utilizadas como forma de minimizar possíveis vieses dos diferentes modelos de remuneração. Segue abaixo quadro-resumo com as principais distorções possíveis e as formas de modulação para redução das limitações dos diferentes modelos:

QUADRO 27 – VIESES PRESENTES NOS DIVERSOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO E SUGESTÕES DE MODULAÇÕES PARA REDUÇÃO DAS LIMITAÇÕES:

Possíveis vieses presentes nos diversos modelos de remuneração	Possíveis modulações para redução das limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Sobreutilização de procedimentos; • Alta variabilidade da prática clínica; • Redução ou dificuldade do acesso a níveis mais complexos do cuidado; • Seleção adversa de risco; • Subutilização de Procedimentos; • Baixa qualidade na prestação dos serviços; • Sobreposição de procedimentos; • Altas hospitalares precoces ou muito prolongadas; • Uso exclusivo para redução de custos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica; • Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; • Monitoramento dos resultados por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; • Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços que contemple objetivos e metas claramente definidos; • Avaliação sistemática da experiência do paciente; • Uso de sistemas de informação; • Integração da rede de atenção à saúde; • Coordenação do cuidado; • Ajuste do pagamento por fatores de risco; • Divulgação dos modelos de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade.

Fonte: elaboração própria da ANS, 2019.

Desta forma, a ANS entende que o setor deve priorizar modelos remuneratórios baseados em valor em saúde, que assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos, elaborados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, centrados no paciente, contemplando o monitoramento e avaliação dos resultados e forte coordenação do cuidado. Além disto, prioriza-se que os modelos de remuneração inovadores devem colaborar para a maior sustentabilidade e qualidade da atenção à saúde suplementar no Brasil.

Por fim, para a implementação de modelos de remuneração baseados em valor em saúde é fundamental considerar o contexto brasileiro para repensar o sistema de remuneração de prestadores de serviços de saúde. Embora na saúde suplementar poucas experiências tenham sido estudadas, reconhecer e avaliar as dificuldades infraestruturais, de gestão, de organização do sistema, e da relação entre os diversos agentes da cadeia é importante para o desenho de modelos mais custo-efetivos e voltados para a melhoria dos resultados em saúde no contexto local.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Fichas Técnicas dos Indicadores de Monitoramento do Projeto Idoso Bem Cuidado. ASTEG/DIRAD/DIDES – versão 5.0 – 09 de Dezembro de 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/FichasTecnicasDosIndicadoresDoProjetoIdosoBemCuidado-ANS-versao5.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Modelos de Remuneração: Um Panorama, GT de Modelos de Remuneração, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/apresentacao_preliminar_modelos_de_remuneracao_prestadores_saude_panorama.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Projetos Piloto em Modelos de Remuneração do Cuidado em Saúde - Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comite_de_qualidade_setorial/cotaq_reuniao8_apresentacaoanapcavalcante.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Sala de Situação, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

ALMEIDA P.F, FAUSTO M.C.R, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, 2011

ANDREAZZI, M. Formas de remuneração de serviços de saúde. Texto para discussão n. 1.006. Brasília: Ipea, 2003

AUDIT COMMISSION FOR LOCAL AUTHORITIES AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND AND WALES. Improving data quality in the NHS: annual report on the PbR assurance programme. Audit Commission, 2010

BACH, P, MIRKIN, J.N and LUKE, J.J. Episode-Based Payment For Cancer Care: A Proposed Pilot For Medicare Health Affairs 30, no.3 (2011): 500-509 - Downloaded from <http://content.healthaffairs.org/> by Health Affairs on April 6, 2016 by HW Team.

BERWICK, D.M. Launching accountable care organizations - The proposed rule for the Medicare Shared Savings Program. N Engl J Med. 2011a

BERWICK, D.M. Making good on ACOs' promise - The final rule for the Medicare shared savings program. N Engl J Med. 2011b

BESSA, R.O. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar Brasileiro. 2011. 105f. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil, ago. 2016. Disponível em: https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670a5ee/editions/28565a058513d802c50f/preview_pages

BOACHIE, M. K. et al. Healthcare Provider - Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport, Vol. 2, No. 2, 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais. Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR. Brasília. 108p.:il.8. Disponível em:
http://www.casacivil.gov.br/central-de-conteudos/downloads/diretrizes-gerais-e-guia-orientativo_final_27-09-2018.pdf/@@download/file/Diretrizes%20Gerais%20e%20Guia%20Orientativo_final_27.09.2018.pdf
- CAMPBELL, S.M et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009; 361(4):368-378
- CECHIN, J. Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios. [21/06/2017]. Rio de Janeiro: Agência Brasil. Entrevista concedida a Alana Gandra.
- CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION. Evaluation and Monitoring of the Bundled Payments for Care Improvement Model 1 Initiative. Annual Report 2014. Baltimore, 2015
- CMS – CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. Medicare and you - The Official U.S. Government Medicare Handbook, 2019
- CENTER FOR HEALTHCARE QUALITY AND PAYMENT REFORM - CHQPR. Which Healthcare Payment System is the best? Paths to healthcare payment reform, 2017. Disponível em:
<http://www.chqpr.org/downloads/WhichPaymentSystemisBest.pdf>
- CHERCHIGLIA, M. L. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cad. Saúde Pública*, 1994
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- CHRISTENSEN, C. M. et al. – Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre, Bookman, 2009
- COTS, F. et al. DRGs in Spain—the Catalan experience. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and policies*, 2009
- CRESCO-CEBADA, E e URBANOS-GARRIDO, R.M. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: the Spanish case. *Health Policy*, 2012
- CYLUS, J. e IRWIN, R. The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer*, v. 12, n.3, Autumn, 2010
- FETTER, R.B. The DRG patient classification system – Background. In: Fetter RB, Brand DA, Gamache D, editors. DRGs their design and development. Ann Arbor: Health Administration Press; 1991. p. 3-27.
- FISHER, E.S, et al. Building the Path to Accountable Care - *New England Journal Medical* 365;26 nejm.org december 29, 2011
- GOMES, C.L.S. Remuneração Médica: Uso de Incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na Saúde Suplementar. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.
- GOSDEN, T. et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2001

GOSDEN T. et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000;

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. National Roundtable on Health Care Quality. Measuring the Quality of Health Care. Washington DC: National Academy Press, 1999

INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE - ICOS. Modelos de Pagamento Baseados em Valor, 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf

JEGERS, M. et al. A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy, 2002

KFF – HENRY J KAISER FAMILY FOUNDATION. Na overview of Medicare. Issue Brief. Fevereiro, 2019

KOTA, L.A. O Sistema de Saúde Brasileiro: Análise Comparativa com o modelo dos Estados Unidos, França e Inglaterra. 2014. 103 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014

LEEMORE, S. et al. Serviços de assistência médica precisam de concorrência real. Harvard Medical School, 2017

LIMA, S.M.L e RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

MENDES, E.V. – Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009

MILLER, H. D. From volume to value: better ways to pay for health care. Health Affairs, v. 28, n. 5, p. 1418-1428, 2009

MILLER, H. D. How to Create na Alternativa Payment Model – Executive Summary. Center for Healthcare Quality and Payment Reform, 2018. Disponível em: http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model_ExecSumm.pdf

MILLER, H. D. Making the Business Case for Payment and Delivery Reform. Network for Regional Healthcare Improvement, Center for Healthcare Quality and Payment Reform, and Robert Wood Johnson Foundation, 2015a. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/BusinessCaseforPaymentReform.pdf>

MILLER, H.D. Reducing costs requires end to fee-for-service. Mod Healthc, 2014

MILLER. H. D. The Building Blocks of Successful Payment Reform: Designing Payment Systems that Support Higher-Value Health Care. NRHI Payment Reform Series No. 3. Network for Regional Healthcare Improvement, Center for Healthcare Quality and Payment Reform, and Robert Wood Johnson Foundation, 2015b. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/BuildingBlocksofSuccessfulPaymentReform.pdf>

MILLER, H. D. Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It. Creating a Patient-Centered Payment

System to Support Higher-Quality, More Affordable Health Care. Center for Healthcare Quality & Payment Reform. First Edition. October 2017

NETO, Vecina G. Serviços de assistência direta ao paciente. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, p. 209-29, 2011

NORONHA, M.F et al. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Better Ways to pay for Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010 - Disponível em:
<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>

PETERSEN, L.A et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med 2006

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2018. Health Care Quality and Value. Disponível em:
<https://www.rwjf.org/en/our-focus-areas/topics/health-care-quality-and-value.html>

ROCHAIX, L. Performance-tied payment system for physicians. In: Saltzman, R.B et al. Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press, 1988

SOUZA, J. C de et al. Consequências dos modelos de remuneração de serviços hospitalares privados contratados por operadoras de autogestão em Saúde. I Encontro Nacional de Economia da Saúde: Saúde, Desenvolvimento e Território & VI Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe, 2014

SOUZA, R. M. L. de. O mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. 2014. 296f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014

TOBAR, F., ROSENFELD, N., e REALE, A. Modelos de pago em servicios de salud. Cuaderno Medicos Sociales, 2007
UGÁ, M.A.D. O Sistema de Pagamento Prospectivo por Procedimento: a Experiência Norte-Americana. Cadernos FUNDAP, 1996

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>

VAN HERCK, Pieter et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research, v. 10, n. 1, p. 247, 2010

ANEXO

SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS AOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor, o quadro abaixo apresenta um resumo dos principais aspectos elencados de cada um dos modelos de remuneração apresentados neste guia.

QUADRO A1 – RESUMO DOS PRINCIPAIS ASPECTOS APRESENTADOS PARA CADA UM DOS MODELOS TRADICIONAIS DE REMUNERAÇÃO:

Tipo de Modelo	Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
<i>Fee For Service</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Prestador é pago por cada serviço prestado e este pagamento não depende de aspectos que fujam diretamente de seu controle;2. Pagamentos maiores para pacientes que precisam de mais procedimentos;3. Prestador de serviços sabe previamente o valor a ser pago antes da realização do procedimento;4. Garantia do acesso aos procedimentos e da prestação dos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo marginal de cuidado.	<ol style="list-style-type: none">1. Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados;2. Pode levar à sobreutilização de serviços;3. Valores pagos frequentemente inferiores ao custo para a execução de cuidados apropriados de alta qualidade;4. Não realiza pagamento de serviços relevantes realizados por profissionais não médicos e de educação em saúde;5. Dificulta a estimação de custos totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores.	<ol style="list-style-type: none">1. Utilização do modelo em casos específicos, como por exemplo, pagamento de consultas com especialistas;2. Adicionar pagamento por desempenho, para buscar maior garantia de resultados e qualidade da assistência;3. Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para os procedimentos;4. Integração da rede assistencial.	<ol style="list-style-type: none">1. Custo unitário das unidades de serviço;2. Protocolos clínicos e cirúrgicos.

Tipo de Modelo	Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Pagamento por desempenho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhamento da qualidade da assistência por meio de indicadores; 2. Diminuição do risco de consequências não previstas; 3. Apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não garante que os serviços prestados sejam apropriados, de alta qualidade e alcancem os resultados desejados para um paciente específico; 2. Não estimula a continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas mínimas estabelecidas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar incentivos financeiros com os objetivos pretendidos claramente estabelecidos; 2. Acompanhamento contínuo dos programas de incentivo para determinar a efetividade dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não previstos na qualidade do atendimento; 3. Coordenação do cuidado; 4. Uso de sistemas de informação qualificados; 5. Integração da rede assistencial; 6. Divulgação do modelo de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade; 7. Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; 8. Avaliação sistemática da experiência do paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custo + Medidas de Qualidade; 2. Desempenho do Prestador.
Capitation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previsibilidade do gasto do órgão pagador; 2. Previsibilidade da receita do prestador de serviço; 3. Redução de custos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pode induzir a uma redução do acesso aos serviços ou baixa qualidade e à subprodução de serviços, já que o valor recebido pelo prestador independe da produção; 2. Maior concentração dos riscos; 3. Necessidade de acompanhar dados estatísticos para que o modelo funcione adequadamente; 4. Pode gerar impacto negativo nos resultados em saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; 2. Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; 3. Divulgar dos modelos de remuneração para a população cadastrada ou inscrita; 4. Considerar a inclusão de um ajuste de risco para proteger os prestadores de serviços e os pacientes; 5. Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; 6. Incentivar a Coordenação do cuidado e a integração das redes assistenciais; 7. Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custo unitário das unidades de serviço; 2. Protocolos clínicos e cirúrgicos; 3. Incidência dos procedimentos.

Tipo de Modelo	Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Orçamentação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previsão de gastos ao órgão financiador e previsão de receitas à unidade de saúde; 2. Contenção de custos pode ser alcançada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pode não gerar nenhum incentivo ao bom desempenho do prestador de serviços, nem em termos quantitativos, nem qualitativos; 2. Possível subutilização - redução do acesso e da utilização dos serviços; 3. Responsabilização total por parte dos prestadores pelos riscos, lucros e perdas, em casos de orçamentações muito rígidas e sem penalidade ao prestador caso ultrapasse as despesas, especialmente em orçamentações suaves demais; 4. Complexidade de implementação, e mensuração de indicadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adicionar monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; 2. Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; 3. Pagamento de valores adicionais dependentes do desempenho do prestador de serviços de saúde; 4. Ajuste do pagamento por fatores de risco; 5. Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custos + Metas por desempenho
DRG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite auxiliar a gestão econômica e clínica dos casos; 2. Pressupõe a adoção de valores diferenciados caso a caso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requer classificação de casos, o que é uma tarefa complexa e demorada e a adoção de sistema de informações complexo; 2. Exige organização prévia por parte das fontes pagadoras e dos prestadores de serviços; 3. Pode levar à subutilização ou à seleção de pacientes com menor complexidade; 4. Pode provocar aumento das reinternações, o que sugere altas precoces, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas; 5. Pode levar à redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não) com o intuito de diminuir o custo das internações. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; 2. Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica; 3. Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custos por grupos de diagnóstico ajustados por risco.
Pagamento por diárias hospitalares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previsão de gastos e receitas por diária de internação; 2. Pode-se incluir a formação de pacotes de pagamento, dando maior previsibilidade aos custos hospitalares. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valor pago não estar atrelado ao custo efetivo de cada paciente tratado; 2. Pode induzir à seleção de pacientes de acordo com o quadro clínico; 3. Pode induzir o aumento do número de admissões e a duração da internação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilização associada com outros modelos; 2. Adoção de protocolos de tratamento; 3. Acompanhamento de indicadores de qualidade e segurança do paciente; 4. Ajuste do pagamento por fatores de risco; 5. Contratualização entre operadora e prestador que contemple objetivos e metas claramente definidos; 6. Avaliação sistemática da experiência do paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custo da diária de internação hospitalar.

Tipo de Modelo	Vantagens	Desvantagens	Modulação para correção de limitações	Tipo de informação coletada para funcionamento do modelo
Assalariamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. É possível que as consultas médicas sejam mais demoradas e completas; 2. Pode incentivar os cuidados preventivos; 3. Oferece maior estabilidade com menores riscos ao profissional de saúde; 4. Não oferece motivação para a sub ou superprodução. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pode ocorrer baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos etc; 2. Não há incentivo à produtividade; 3. Caso exista percepção de baixos salários, pode haver diminuição efetiva da jornada de trabalho. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adicionar sistema de avaliação e controle sistemático da prestação de serviços; 2. Adicionar previsão de bônus ou penalidades para o prestador de serviço, dependendo da evolução dos resultados; 3. Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas; 4. Avaliação sistemática da experiência do paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Custos de transação e administrativos.

Fonte: Elaboração própria ANS.

SÍNTESE DOS ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Os quadros abaixo objetivam exemplificar os elementos necessários para a implementação de modelos de pagamento alternativos e inovadores em saúde.

QUADRO A2 – VARIÁVEIS DE INFRAESTRUTURA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Variáveis de INFRAESTRUTURA dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	TI é condição essencial para implantação	Monitoramento com indicadores	Necessidade de auditoria	Necessidade de fortes mecanismos de controle
<i>Fee For Service</i>	Não	Não	Sim	Sim
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
<i>Prepaid/Capitation</i>	Sim	Sim	Não	Não
<i>Bundled Payments</i>	Parcialmente	Sim	Não	Não
Pagamento por performance	Sim	Sim	Não	Não
Orçamentação	Não	Não	Não	Não
DRG	Sim	Sim	Sim	Não
<i>Per diem</i>	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: Elaboração própria ANS.

QUADRO A3 – VARIÁVEIS DE PROCESSO DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Variáveis de PROCESSO dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	Incentivo ao volume	Compartilhamento de risco	Indicadores de processo	Contratualização de metas
<i>Fee For Service</i>	Sim	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
<i>Prepaid/Capitation</i>	Não	Sim	Sim	Sim
Pagamento por performance	Não	Sim	Sim	Sim
<i>Bundled Payments</i>	Não	Sim	Não	Sim
Orçamentação	Não	Sim	Não	Não
DRG	Não	Sim	Não	Sim
<i>Per diem</i>	Sim	Não	Não	Não

Tipo de modelo	Remuneração variável*	Incentivo ao moral hazard**	Incentivo a seleção adversa de risco	Cuidado de saúde baseado na melhor evidência
<i>Fee For Service</i>	Não	Sim	Não	Não
Assalariamento	Não	Sim	Sim	Não
<i>Prepaid/Capitation</i>	Sim, no modelo híbrido com bônus	Não	Sim	Sim
<i>Bundled Payments</i>	Não	Não	Não	Sim
Pagamento por performance	Sim	Não	Não	Sim
Orçamentação	Não	Não	Sim	Não
DRG	Sim	Não	Sim	Sim
<i>Per diem</i>	Não	Sim	Não	Não

Tipo de modelo	Incentivo à produção	Incentivo à produtividade	Risco de subutilização de cuidados necessários
<i>Fee-for-service</i>	Sim	Sim	Não
Assalariamento	Não	Não	Possível
<i>Prepaid/Capitation</i>	Não	Não	Sim
<i>Bundled Payments</i>	Não	Sim	Não
Pagamento por Performance	Não	Sim	Não
Orçamentação	Não	Não	Sim
DRG	Não	Não	Sim
<i>Per diem</i>	Sim	Sim	Não

*Remuneração variável: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral Hazard (Risco Moral): Comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde.

Fonte: Elaboração própria ANS.

QUADRO A4 – VARIÁVEIS DE RESULTADOS DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Variáveis de RESULTADOS dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	Incentivos para uso racional dos recursos	Capaz de avaliar o desempenho dos médicos	Capaz de avaliar resultados de atenção à saúde	Indicadores de qualidade do cuidado
<i>Fee For Service</i>	Não	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
<i>Prepaid/Capitation</i>	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Bundled Payments</i>	Sim	Sim	Sim	Sim
Pagamento por performance	Sim	Sim	Sim	Sim
Orçamentação	Sim	Não	Sim	Não
DRG	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Per diem</i>	Não	Não	Não	Não

Tipo de modelo	Pagamento prospectivo (pré-pagamento)	Pagamento retrospectivo (pós-pagamento)	Estimula o comportamento preventivo	Forma de pagamento por procedimento individual
<i>Fee For Service</i>	Não	Sim	Não	Sim
Assalariamento	Sim	Não	Não	Não
<i>Prepaid/Capitation</i>	Sim***	Não****	Sim	Não
<i>Bundled Payments</i>	Sim	Possível	Possível	Não
Pagamento por performance	Mix de pré e pós-pagamento	Mix de pré e pós-pagamento	Indiferente	Não
Orçamentação	Sim	Não	Sim	Não
DRG	Parcial	Parcial	Sim	Não
<i>Per diem</i>	Não	Sim	Não	Sim

***Capitação pode adotar mix de pré e pós-pagamento.

Fonte: Elaboração própria ANS.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

