

Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

Edição do dia 06/09/2016
06/09/2016 21h18 - Atualizado em 06/09/2016 21h29

Planos de saúde perderam 1,7 milhão de clientes em um ano, diz ANS

Gov. diz que poderá criar planos baratos para aliviar demanda no SUS. Sistema público de saúde está sobrecarregado por culpa da crise econômica.

DINO

Como a crise econômica ajudou as clínicas populares?

A crise forçou muitos brasileiros a optar por serviços públicos quando o assunto é saúde.

31 AGO 2016 11h44

Planos de saúde enfrentam crise e procuram alternativas



mercado

o brasil que dá certo - sa

Inovação e eficiência são desafios do setor de saúde diante da crise



Custo médico-hospitalar bate recorde e cresce quase o dobro do IPCA

Maio 17, 2016 Publicado por Pamella Cajano Publicado em Negócios



Aumenta número de beneficiários dos planos de saúde em agosto

De acordo com a ANS, despesas assistenciais cresceram 13,2% no segundo trimestre do ano

POR O GLOBO

12/09/2016 18:21 / atualizado 13/09/2016 14:55



seminários folha

fórum saúde em tempo

O FÓRUM | INSCRIÇÕES | CONHEÇA OS CONVIDADOS | PR

Saúde eficaz requer mudanças no atendimento e na remuneração

CLÁUDIA COLLUCCI
DE SÃO PAULO

17/06/2016 02h00

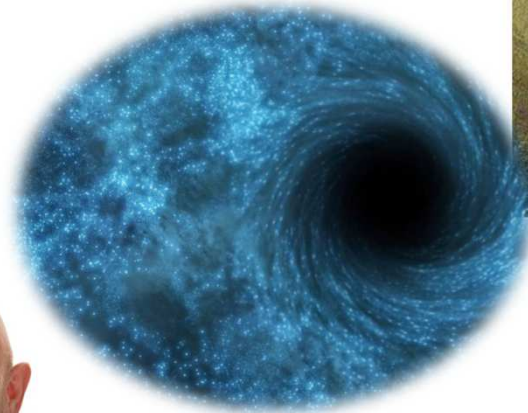


Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

- Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países vinculados a **aumento da qualidade** e a necessidade de **redução de custos elevados** na prestação de serviços em saúde.
- Modelo vigente na SS → FFS : estímulo à competição por clientes e por realização de procedimentos. Remunera quantidade de serviços produzidos.
- **Modelos de Remuneração → instrumento de mudança do Modelo Assistencial.**
- Cerne da discussão: **em que direção queremos essa mudança?** Qual deve ser o foco desse Modelo (Faturamento, Custos, Desfechos, Paciente, Qualidade)?

Modelos de Remuneração

PAGAMENTO POR SERVIÇO / ATO
MÉDICO – FEE-FOR-SERVICE



PATIENT-CENTERED

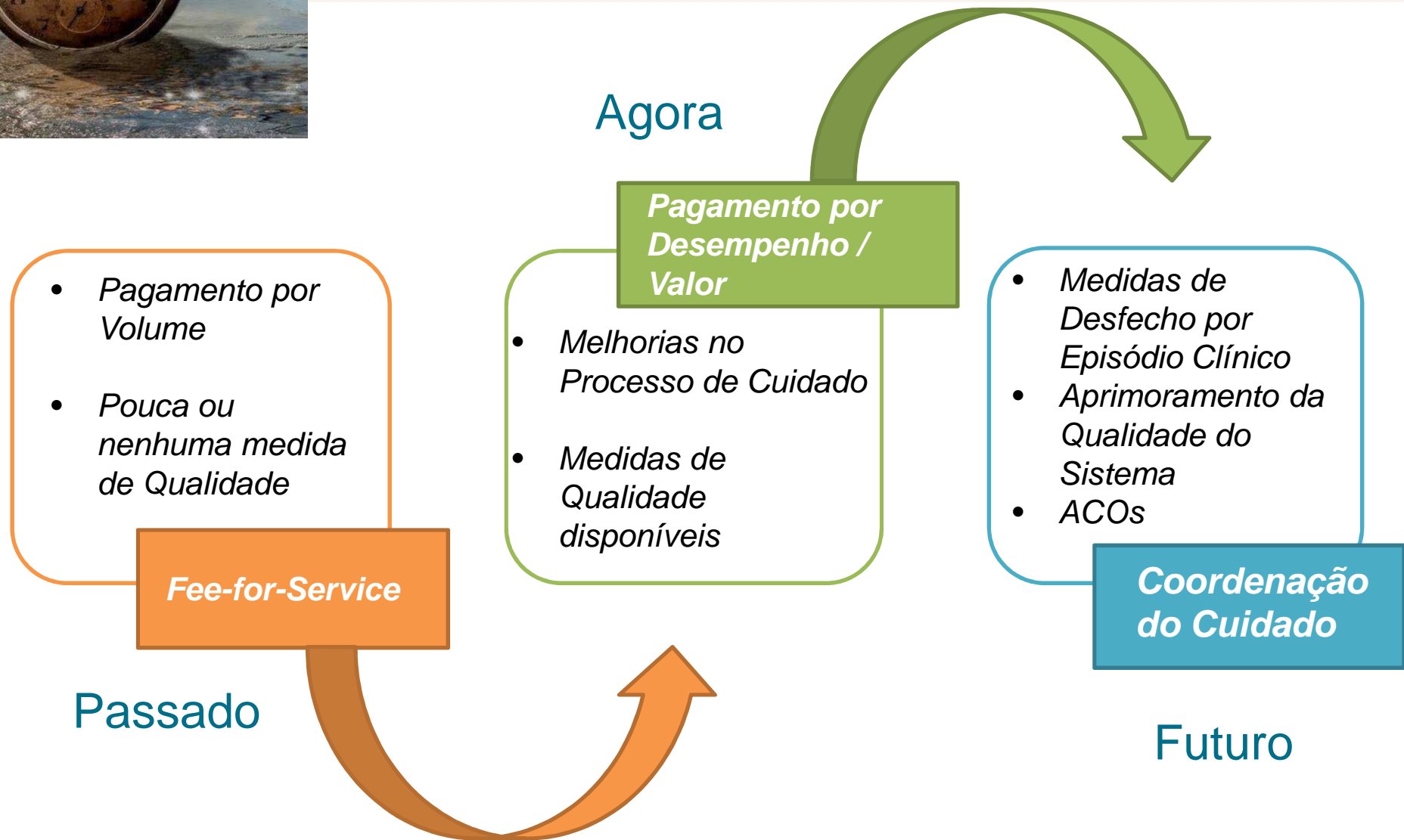
Modelos de Remuneração

The Future of US Health Care





Visão da ANS: O Futuro é Agora!



Tipologia dos Modelos de Remuneração

Forma de Remuneração	Sinônimas	Alocação do Recurso	Foco	Tipo de Informação Coletada
Fee-for-Service	Por Unidade de Serviço Pagamento por Ato Médico (Conta Aberta)	Ex-Post	Faturamento	Custo Unitário das Unidades de Serviço
	Preço Fixo (Pacotes de Procedimentos e Diárias Hospitalares)	Ex-Ante	Custos	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos
Assalariamento	Remuneração por Tempo	Ex-Post	Custos	Custos de Transação e Administrativos
Orçamento Global	Transferência Orçamentária	Ex-Ante	Desempenho do Prestador conforme Metas contratualizadas	Custos + Metas por Desempenho
Grupos de Diagnósticos Homogêneos (Diagnose Related Groups - DRG)	Remuneração por Caso (Case-Mix)	Ex-Post	Case-Mix	Custo por Grupos de Diagnóstico ajustados por Risco
Prepaid / Capitation (Pagamento por Usuário)	Partial Capitation*	Ex-Ante	Pessoas / Risco	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos + Incidência dos proc. Hospitalares
	Full Capitation			
Bundled Payments for Care Improvement	Bundled Payments for Care Improvement (BPCI); Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); Bundled Payments for Episodes of Care (Agudos ou Crônicos); Condition-specific Budget (Medical Home)	Maioria Ex-Post (EUA)	Caso Episódio Clínico Condição de saúde	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Shared Savings Programs	Remuneração por Economias Geradas	Ex-Post	Relaciona Pagamento-Compartilhamento de Risco a Qualidade do Cuidado Prestado	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Pagamento por Performance	Pay-for-Performance P4P	Ex-Post	Desempenho-Metas do Prestador Qualidade do Cuidado	Custo + Medidas de Qualidade / Desempenho do Prestador

* A Lei define que no pagamento por Capitação Parcial, a ACO estaria sob risco financeiro para alguns itens e serviços cobertos pelas partes A e B do Medicare, como, por exemplo, para todos os consultes médicos ou todos os itens e serviços cobertos pela parte B.

Fonte: elaboração própria

Características das Estratégias de Implementação das Reformas em Curso voltada para Qualidade

1. Os Modelos de Pagamento são complementares:

Reorganização dos Arranjos Assistenciais

- **Population-Based Payment - ACO`s** – Responsável por todos os serviços prestados a um população específica. Representado pela experiência das ACO's. Compromisso com saúde da população no nível coletivo e individual, metas de qualidade e diminuição do crescimento dos custos.
- **Episode / Specific-condition Bundled Payments** – Responsável por serviços e condições de saúde selecionados. Ajudam a garantir que diferenças no cuidado em saúde sejam minimizados e a incluir os especialistas no processo de coordenação do cuidado.

2. Necessidade de experimentação de diferentes abordagens e combinação dos diferentes modelos de pagamento

- Não há “receita” para saber o que funciona melhor!
- Adoção dos modelos tem variado conforme características do sistema de saúde e experiências dos prestadores e compradores na gestão em saúde.

GT de Remuneração – Diretrizes Gerais

Experiência dos Estados Unidos – Diferentes Modelos de Pagamento

1. Modelos Alternativos de Pagamento (EUA)

- **Accountable Care Organizations – ACO's**
- Medical Homes
- Bundled Payments – inclui médicos e cuidados de transição
- Modelo Integral de Cuidados Primários

2. Modelos de Contratação e Pagamento por Qualidade e Valor (EUA)

- Remuneração de Hospitais baseada em medidas de qualidade e valor
- Contratação de Médicos baseada em medidas de qualidade e valor
- Redução de Readmissões/Requisitos Mínimos para Hospitais relacionado à Taxa de Infecções Hospitalares – inclui penalidades

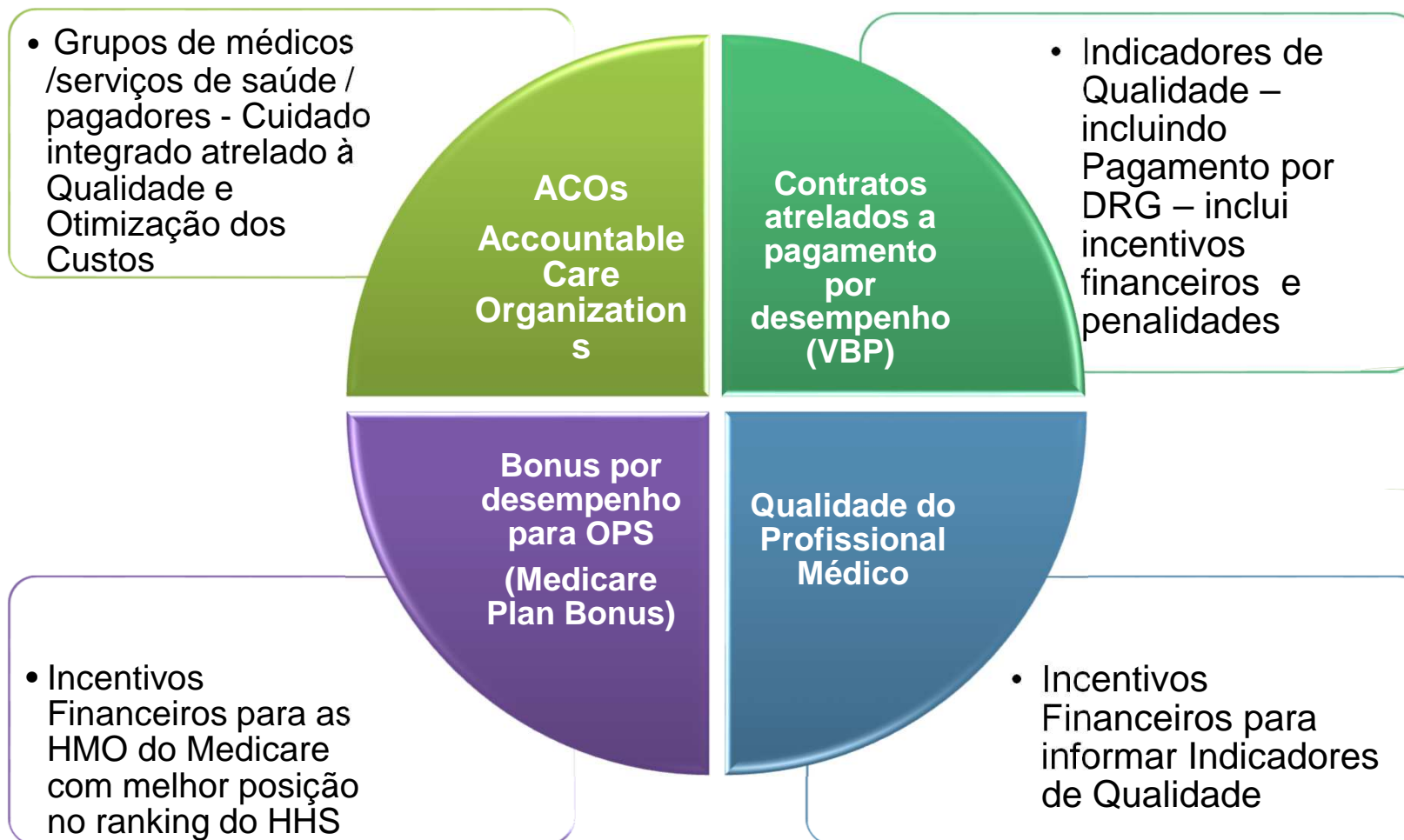
GT de Remuneração – Diretrizes Gerais

Tipos de ACO's no Mercado

1. Medicare ACOs
2. ACOs organizadas por Hospitais
3. ACOs organizadas por Médicos
4. ACOs organizadas por Pagadores
5. ACOs estruturadas por meio da colaboração entre pagadores e prestadores e outros colaboradores
6. ACOs organizadas por consumidores (Consumer Operated and Oriented Plan)

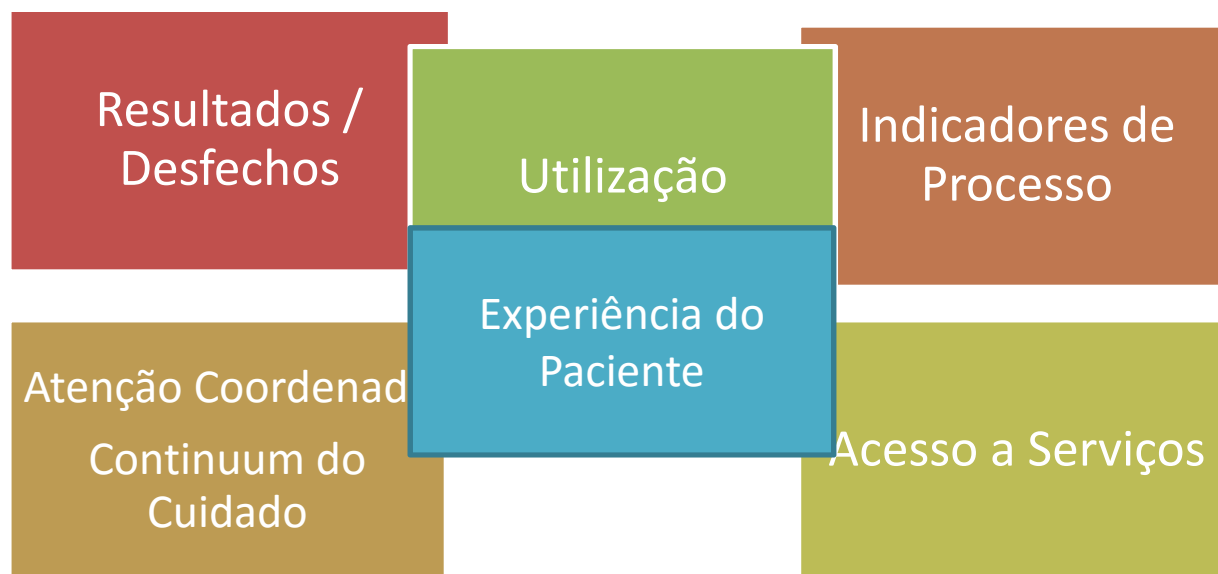


Programas de Pagamento por Performance – Affordable Care Act – ObamaCare



Accountable Care Organizations - ACO

Dimensões da Avaliação em Saúde – ACO



Medidas do P4P no Obamacare – ACOs

O Necessário

Medidas de Estrutura	Incentivo para adoção de tecnologias (PEP) Avaliação da estrutura disponível para oferta de serviços e do staff
Medidas de Processo	Avaliação de intervenções com potencial impacto no estado de saúde do paciente Implementação de Medidas de Melhoria nos processos
Medidas de Desfecho	Mensuração de indicadores de efetividade do cuidado Coleta e Monitoramento de Desfechos Clínicos dos pacientes – Trajetória dos Pacientes (ex. Sobrevida)
Experiência do Paciente	Adoção de medidas para monitorar a percepção do paciente sobre a qualidade do Cuidado em saúde recebido.

Requisitos e Níveis de Implementação de uma ACO

	<i>Nível 1</i>	<i>Nível 2</i>	<i>Nível 3</i>
Requisitos Organizacionais	Estrutura básica de Tecnologia de Informação em Saúde (TI)	Forte estrutura de TI em saúde (informação coordenada)	Estrutura Avançada de TI (múltiplos serviços)
Medidas de Desempenho	Adoção inicial de um conjunto mínimo de medidas de qualidade, eficiência e experiência do paciente, para fazer a transição para medidas mais complexas de desfecho, status funcional e redução de riscos de saúde na população.		Requisitos mais exigentes para envio de informação sobre indicadores de qualidade e metas financeiras
Modelos de Pagamento	Compartilhamento de Risco atrelado a metas de qualidade e redução do risco.	Amplo Compartilhamento de Risco equilibrado com responsabilidade por custos que excedem as metas.	Uso de Pagamento por Capitação (partial-Capitation) com ajuste de risco e atrelado a bônus por qualidade

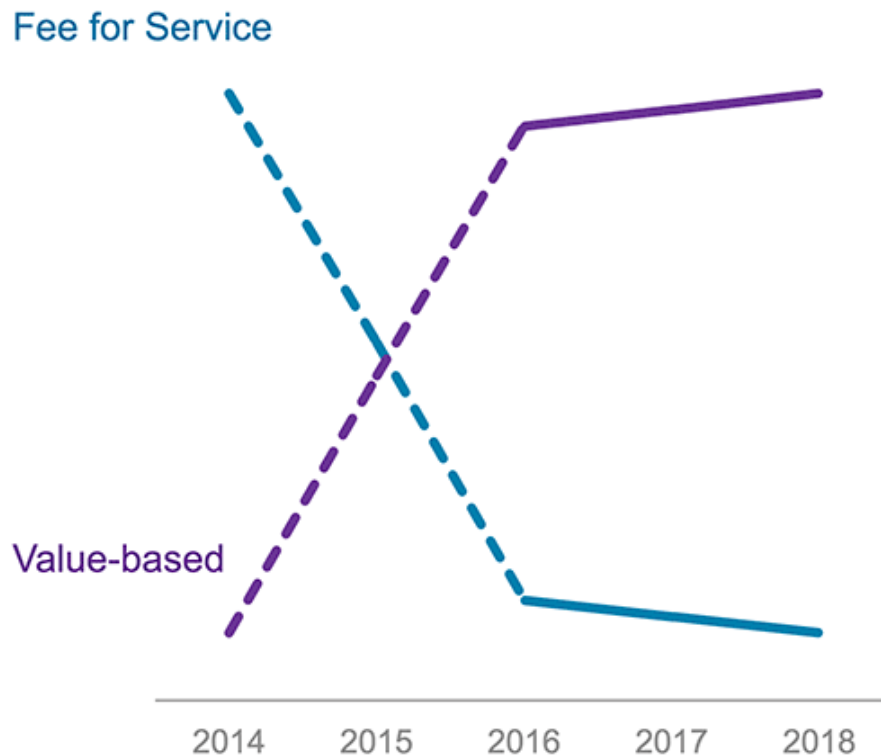
Estrutura de Pagamento das ACO's - ObamaCare

Estrutura de Pagamento das ACO's

No Advance Payment ACO Model, as ACO's participantes podem receber por 3 diferentes tipos de pagamento:

1. Pagamento *Fixo*: Fee-for-Service; Assalariamento; DRG
2. Pagamento *Variável*: com base nos dados da série histórica do número de beneficiários: Capitação; Bundled Payments; Shared Savings
3. Pagamento *Mensal* dependente do *tamanho* da ACO: com base nos dados da série histórica do número de beneficiários e no porte da ACO.

Metas do Medicare / HHS para Pagamento atrelado a Qualidade de 2016 a 2018



Metas do HHS – Value Based Payment

2016

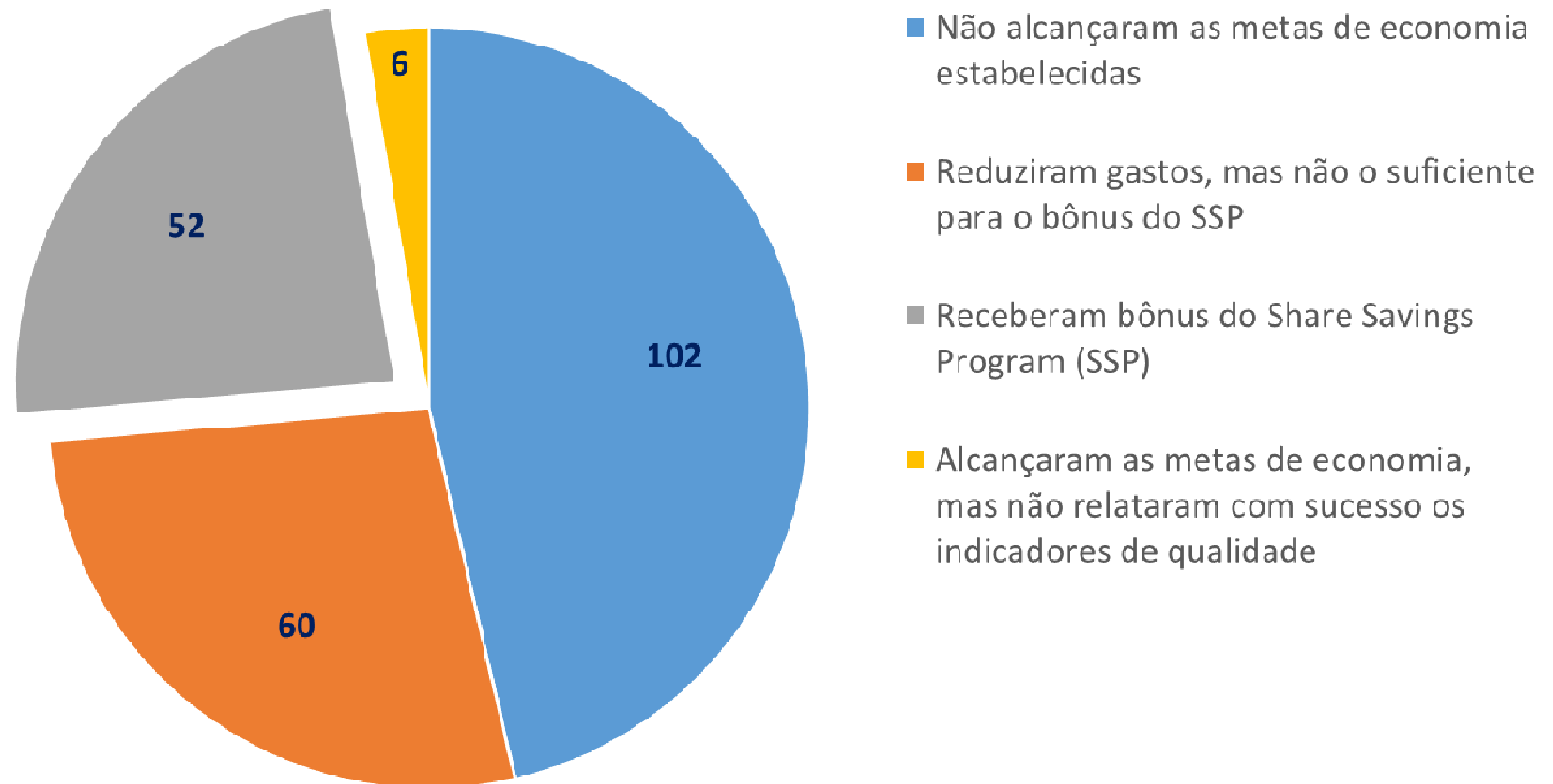
1. 30% dos Contratos deverão conter modelos alternativos de pagamento: como ACOs ou Bundled Payments
2. 85% dos Contratos deverão estar atrelados a qualidade por meio de programas de qualidade, ex., Reduções de Readmissões Hospitalares.

2018

1. 50% dos Contratos deverão conter modelos alternativos de pagamento
2. 90% atrelados a qualidade.

Resultados do Ano 1 – ACO's Participantes do Medicare Shared Saving Program

Resultado do Desempenho - Medicare Shared Savings Program
Participantes das ACO's (2013) - Ano 1



Fonte: CMS/HHS/EUA

Modelos Inovadores de Remuneração

A experiência dos Bundled Payment for Care Improvement

- O que são os Bundled Payment? O conceito por trás do nome

- São denominados em geral “*episode-based*” porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio/um evento em saúde.

Exemplo: A definição do episódio pode começar 3 dias antes de uma cirurgia de artroplastia de joelho e se estender por 30 dias após a alta hospitalar do paciente.

- A modalidade é denominada “bundled” porque os pagamentos dos serviços podem ser realizados por diferentes prestadores e podem ser “agrupados” em um único pagamento. Pode ser prospectivo ou retrospectivo. Esse valor é rateado entre os prestadores conforme devido.

- Os BPCI exigem que o prestador assuma 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.

Modelos Inovadores de Remuneração

Bundled Payment for Care Improvement - BPCI

	Modelo 1: Internação Hospitalar Serviços para todos os DRGs	Modelo 2: Hospitalar e Médico Internação e Serviços Pós- Alta	Modelo 3: Serviços Pós Alta Exclusivamente	Modelo 4: Hospitalar e Médico Regime de Internação
Participantes Elegíveis	Grupos de médicos, hospitais de agudos, PHOs	Prestadores do Modelo 1 + Prestadores de serviços de cuidado pós-agudo	Prestadores do Modelo 1 + cuidados pós-agudo + cuidados prolongados, reabilitação, home-care	Prestadores do Modelo 1
Condições Clínicas	Todos os DRGs do Medicare	DRGs selecionados (inpatient DRGs)		
Serviços Incluídos	Serviços sob regime de internação hospitalar	Serviços sob regime de internação hospitalar; cuidados pós-agudo e readmissões relacionadas	Cuidado pós-agudo; readmissões relacionadas	Serviços sob regime de internação hospitalar; readmissões relacionadas
Descontos Previstos	2% em 3 anos	Mínimo de 3% para 30 a 89 dias pós alta; mínimo de 2% para + 90 dias pós-alta	Não estabelecido mínimo. Proposto pelos participantes.	Mínimo de 3%
Pagamento de Prestadores	Para médicos no FFS	Modelo Tradicional do FFS, sujeito a ajustes.		Pagamento Prospectivo; hospitais re-distribuem pagamento aos médicos vinculados
Medidas de Qualidade	Todos as medidas do Hospital Inpatient Quality Reporting Program (IQR) + outras medidas eventualmente propostas	Propostas pelos prestadores participantes. CMS estabelece um conjunto de mínimo de métricas padronizadas alinhadas à medidas de outros Programas de Qualidade do CMS.		

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados no site do CMS.

GT de Remuneração – Diretrizes Gerais

Experiência do Oncology Care Model – OCM – Medicare/CMS/HHS/EUA

Pagamento da Quimioterapia por Bundled Payment

OCM é modelo piloto de cuidado em Oncologia, que teve início em 1 Julho de 2016 e tem previsão de se manter 30 de Junho de 2021.

Após um período de inscrição e seleção de pilotos, quase 200 grupos de médicos/serviços de oncologia e 17 pagadores, em conjunto com o CMS, estão participando do Programa OCM.

Público-alvo: beneficiários do Medicare em tratamento quimioterápico.

Características:

- Alinhamento de incentivos financeiros, including pagamento por performance;
- Medidas de Melhoria da Coordenação do Cuidado;
- Medidas de Cuidado Adequado e Oportuno.

O P4P no Affordable Care Act (ACA) ou “Obamacare”

Três programas são a essência do pay for performance no Medicare:

1. **Hospital Readmissions Reduction Program (Programa de Redução das Readmissões Hospitalares):** tem o objetivo de comparar as readmissões em menos de 30 dias entre os hospitais e reduzir os pagamentos dos 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. **Value-Based Purchasing (VBP) Program (Programa de Compra Baseada em Valor):** em que os hospitais para cuidados agudos são premiados por qualidade, não só 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.

21

3. **Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program (Programa de Redução de Condições Adquiridas no Hospital):** os hospitais são ranqueados por sua performance

Resultatos obtidos nas primeiras ACO's 2012 e 2013

- Divulgação de medidas de qualidade em relação a Benchmarks: 15/15 indicadores de qualidade assistencial e 4/4 experiência do paciente.
- O score médio da qualidade do conjunto das instituições participantes aumentou de 71,8% para 85,2% de 2012 para 2013.
- A melhoria nos resultados foi observada em 28 dos 33 indicadores adotados – ou 85%.
- **\$384 milhões foram economizados em 2 anos de Programa.**
- Economia por ACO – aumentou de \$2.7 milhões para \$4.2 milhões em 2 anos.

Obrigado!

www.ans.gov.br | Disque ANS: 0800 701 9656



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



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



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



[ans_reguladora](https://www.ans.gov.br)

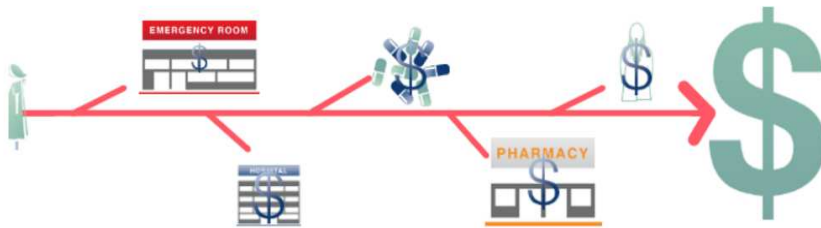


Ministério da
Saúde



GT de Remuneração – Diretrizes Gerais

*O Modelo Vigente
Fee-for-Service*



*O Modelo das Accountable Care
Organization - ACO*

