

Qual é o melhor modelo de remuneração para a Fisioterapia brasileira?

A resposta deve ter por base: "Melhor modelo" deve caracterizar aquele que ofereça a melhor relação custo-efetividade, ou seja, que seja o mais efetivo na qualidade assistencial e, por consequência, custe menor.

Questão 1: o ponto de discussão NÃO É O VALOR REMUNERATÓRIO e sim o modelo de remuneração;

Questão 2: o modelo de remuneração ideal é aquele que produz melhores resultados e, por conseguinte, remunera melhor - por performance - os profissionais e serviços. Considerando que a efetividade reduz custo e, por conta disso, oportuniza remunerar melhor;

Questão 3: apesar de não ser ponto de discussão, o valor remuneratório digno é um ponto essencial para sustentabilidade da qualidade;

Questão 4: no que tange a Fisioterapia brasileira, os valores predominantes pagos pelas OPS aos prestadores de serviços são indignos, ou seja, insuficientes para sustentabilidade econômica e - pior ainda - sustentabilidade da qualidade;

Questão 5: a Fisioterapia brasileira dispõe hoje de um Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (RNPF), que contempla os atos fisioterapêuticos em todos âmbitos de atuação, baseados em evidências científicas e demandas epidemiológicas, com foco na funcionalidade. Os valores remuneratórios designados neste referencial têm caráter essencialmente ético-deontológico, por estabelecer valores mínimos, com vistas a prover sustentabilidade econômica e, sobretudo, qualidade na prestação dos respectivos serviços, em defesa da saúde dos usuários dos serviços fisioterapêuticos. O estabelecimento destes valores está fundamentado cientificamente em um estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV);

Questão 6: discutir modelo de remuneração para a Fisioterapia brasileira só será possível em serviços que se utilizam do RNPF, por ser o único instrumento de identidade profissional reconhecido cientificamente - nos procedimentos e na sustentabilidade econômica, suficiente para abarcar as necessidades de viabilidade dos serviços de Fisioterapia, para a saúde suplementar.

Questão 7: o modelo de remuneração vigente - por procedimento - é um modelo extremamente questionado no Brasil (apesar de ser o mais utilizado) e em diversas nações do Mundo, por agregar menos valor, ou seja, produz menos qualidade e gera mais custos, além de favorecer iatrogenia por excessos de procedimentos indevidos. A tendência para o futuro é o formato de remuneração baseado no desempenho/performance, já utilizado em alguns países e com projetos isolados para o Brasil. No entanto, este formato parece ainda estar longe da realidade brasileira.

Assim, no nosso entendimento, é "IMPOSSÍVEL DISCUTIR MODELOS DE REMUNERAÇÃO PARA A FISIOTERAPIA BRASILEIRA, COM BASES EM VALORES DE REMUNERAÇÃO ÍNFIMOS, ABAIXO DO MÍNIMO SUFICIENTE PARA PROVER QUALIDADE". Qualquer que seja o modelo de remuneração, nestas circunstâncias, será falho!

Proposições:

1 - Apoio da ANS: para ADOÇÃO DO REFERENCIAL NACIONAL DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS – RNPF, pelas OPS, no que diz respeito a nomenclatura, codificação e valores.

2 - OPS: remunerar o RNPF, segundo o modelo de remuneração do mesmo; monitorar estatisticamente o desempenho dos prestadores de serviços, incrementando os valores remuneratórios por performance - Fator de Qualidade, Certificação e Considerar um incremento de valor diferencial ao especialista, subentendendo a melhor performance deste em situações clínicas especiais.

3 - Prestadores de serviços: diretrizes para a prática clínica; critérios mínimos de qualidade e resultados que possam ser quantificados (índice de satisfação do cliente e outros específicos da fisioterapia).

4 - Modelo de remuneração para fisioterapia em unidades críticas (UTI e unidades de urgência e emergência), propomos um modelo misto, com remuneração por diária para a biodisponibilidade (critérios mínimos de qualidade e resultados que possam ser quantificados (índice de satisfação do cliente e outros específicos da fisioterapia) mais procedimentos extras. A biodisponibilidade se refere à monitoração contínua na prevenção e recuperação de distúrbios funcionais, por meio de avaliação funcional e conduta - sempre que necessárias - de mobilização precoce, VNI, Desmame e recursos fisioterapêuticos convencionais para remoção de secreção e reexpansão pulmonar; os procedimentos extras se referem a recursos especiais de avaliação e conduta, como, por exemplo, a eletroestimulação, manovacuometria, entre outros.

5 - Modelo de remuneração para Fisioterapia Home Care, propomos um modelo misto, com remuneração por atendimento para a biodisponibilidade (critérios mínimos de qualidade e resultados que possam ser quantificados (índice de satisfação do cliente e outros específicos da fisioterapia) mais procedimentos extras, considerando distância e grau de complexidade da disfunção do paciente.



Novo Modelo de Atenção ao Paciente Renal Crônico Dialítico

Objetivo

Definir o percurso assistencial dos pacientes dialíticos da Unimed BH e gerenciar, através do monitoramento de indicadores, a segurança e a eficiência assistencial do tratamento oferecido a esses pacientes.

Premissas

• Cuidado integral

- ✓ OFERTA de hemodiálise crônica e diálise peritoneal
- ✓ GERENCIAMENTO DO ACESSO VASCULAR DEFINITIVO → Planejamento e encaminhamento para a confecção, acompanhamento e resolução das intercorrências relacionadas
- ✓ COORDENAÇÃO DO CUIDADO → **Vinculação** do paciente ao serviço, **suporte presencial** (no horário de atendimento da clínica) e **apoio à distância** (suporte telefônico 24 horas, inclusive aos hospitais - PA e internação)
- ✓ SERVIÇO DE REFERÊNCIA formalmente pactuado → Confecção de acesso, atendimentos de urgência e internação
- ✓ ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

• Processos

- ✓ Registro e compartilhamento de informações assistenciais do cliente
- ✓ Acompanhamento e monitoramento do paciente em todo o percurso assistencial

Indicadores para acompanhamento

- ✓ Taxa de internação CLÍNICA do paciente em tratamento dialítico ambulatorial
- ✓ Taxa de internação do paciente em tratamento dialítico ambulatorial no hospital de referência
- ✓ Média de permanência da internação do paciente em tratamento dialítico ambulatorial
- ✓ Taxa de ida ao PA do paciente em tratamento dialítico ambulatorial
- ✓ Tempo entre solicitação e liberação da vaga de diálise
- ✓ Taxa de utilização de cateter venoso temporário nos 3 primeiros meses e em qualquer período da diálise
- ✓ Incidência de peritonite em pacientes em regime de diálise peritoneal
- ✓ Taxa de pacientes com Hb < 11 mg/dL
- ✓ Taxa de pacientes com Kt/v < 1,2
- ✓ Taxa de pacientes crônicos com Produto Ca x P > 55 mg/dL
- ✓ Taxa de pacientes crônicos com PTH > 300 pg/mL
- ✓ Taxa de pacientes crônicos com Albumina < 3,5 mg/dL
- ✓ Taxa de pacientes com anti-HBs positivo

Interface Prestador x Operadora

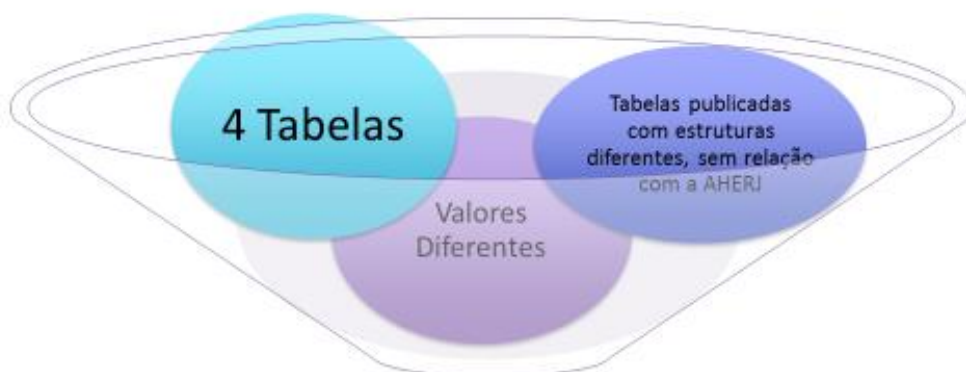
- Auditoria assistencial
- Reuniões periódicas para acompanhamento do desempenho

Remuneração

- Coordenação do cuidado remunerada através de incentivo financeiro periódico por cliente condicionado ao cumprimento das premissas e indicadores.
- Insumos e honorários relacionados às sessões de diálise



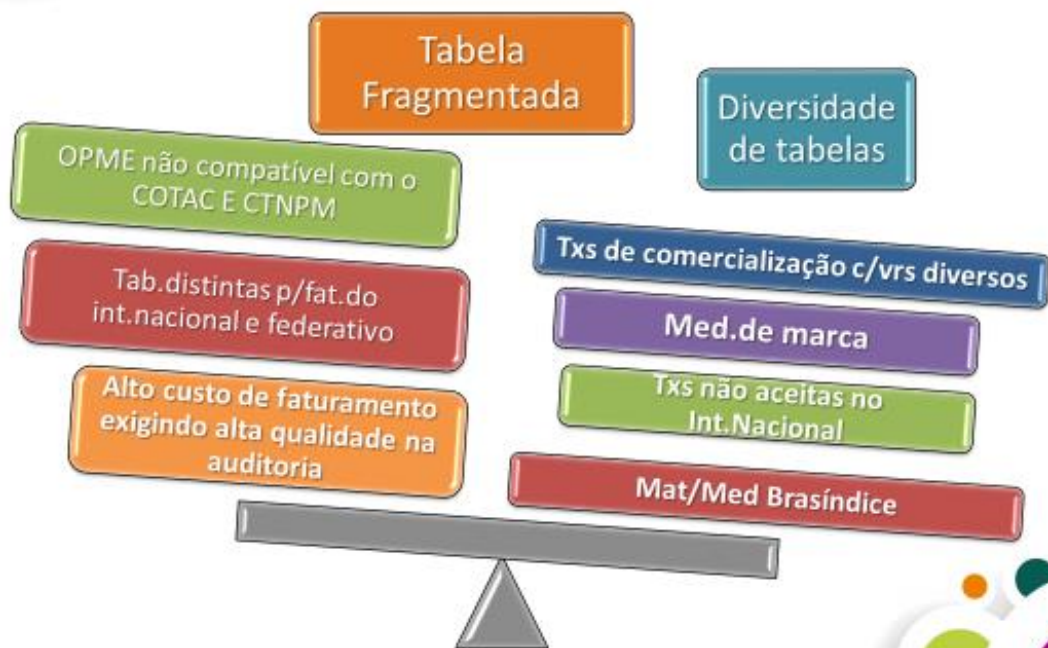
Cenário do Estado do RJ em 2012



7 Hospitais



2012 – O que encontramos?





FASES IDEALIZADAS PELO GRUPO

Unimed 
Federação Rio

PADRONIZAÇÃO DE UMA TABELA QUE GARANTA A SUSTENTABILIDADE

PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DO RECURSO PRÓPRIO E NÍVEIS DE TABELA CORRELATOS

MIGRAÇÃO DE MARGEM DE MAT/MED PARA TAXAS E DIÁRIAS



Desafio – Novo Modelo de Remuneração

Unimed 
Federação Rio



Padronização

- Estrutura única

Simplificação

- Auditoria Operadora
- Faturamento hospitalar

Adequação

- ANS
- Unimed do Brasil
- Manuais de Intercâmbio

Transparência

- Eliminação de arestas (Custo da desconfiança)





Fundamentação do Novo Modelo:



Unimed do Brasil	TNUMM precificada
ANS	Conta Aberta Aprimorada
MIN	Taxas de Sala e diárias compactadas
CTNPM E COTAC	Valores de OPME
MIF	Tabela de materiais de uso comum e regras do Intercâmbio Federativo
MIF	Gases Medicinais
MIF	Medicamentos Genéricos
MIF	Taxa de comercialização sobre materiais



Compromissos assumidos para o novo modelo:



- Respeitar nas cobranças todos os itens e taxas descritos nas diárias e taxas de sala;
- Respeitar a TNUMM precificada;
- Cobrança de taxas de vídeo pelas regras da Unimed do Brasil;
- Cobrança de OPME pelo teto regulamentado pelo COTAC e CTNPM.





Compromissos exigidos pelo Conselho de Administração:



- Apresentar periodicamente indicadores de qualidade;

Exs.:

Indicadores Hospitalares

Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI adulto, pediátrica e UTI neonatal.

Taxa de ocupação operacional Geral

Média de permanência UTI adulto

Média de permanência geral

Taxa de incidência de queda por paciente

Taxa de mortalidade institucional

Taxa de mortalidade cirúrgica

- Avaliação qualitativa da instituição - Programa de Qualificação do Estado do RJ.



1º Reajuste



Com base nos resultados do Programa de Qualificação aplicado em 2013, o reajuste de fevereiro/14 contemplou aos Hospitais Unimed do Estado do Rio de Janeiro com um percentual para investimentos em melhorias e Qualificação da equipe hospitalar.



Programa de Qualificação do Rio de Janeiro

Instrumento que contribui para estruturação dos serviços de saúde, possibilitando o autoconhecimento, identificando a realidade e a necessidade local. Serve para reordenar a execução das ações e serviços.

Metodologia desenvolvida pela Fundação Vanzolini, instituição vinculada a Escola Politécnica de São Paulo. Baseada em metodologias utilizadas pela ONA - CQH - PNASS, frente a necessidade de avaliar de forma abrangente, diferentes realidades e complexidades

Unimed 
Federação Rio

Objetivos específicos:

Unimed 
Federação Rio

AUTOCONHECIMENTO

Permitir aos gestores a intervenção imediata nas oportunidades de melhoria;

Incentivar e implementar a cultura avaliativa como instrumento de apoio à gestão;

Incorporar os conceitos de padrões de qualidade aos serviços de saúde;

Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria;

Possibilitar a integração das equipes gerenciais dos hospitais Unimed.





Definição dos itens de avaliação:



Imprescindíveis (I)
Peso 3

São exigidos em normas e o não cumprimento destes acarreta riscos, com necessidade de intervenção urgente.

Necessários (N)
Peso 2

Também são exigidos em normas, e o não cumprimento destes também acarreta riscos, sem necessidade de intervenção urgente.

Recomendáveis (R)
Peso 1

Determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.



Metodologia:



Instrumento utilizado:
Registro de visita

363 itens
divididos entre
as 4 sessões

Administração;

Gestão da Assistência;

SADT

Apoio Técnico e Abastecimento;

As avaliações são realizadas por auditores especialistas designados pela Fundação Vanzolini.





Relatório Final



Ao final do ciclo de avaliação, é disponibilizado aos dirigentes e gestores um relatório que deve servir como norteador de estratégias e ações, colaborando para que as instituições sejam mais eficientes nos seus propósitos e mais eficazes nos seus resultados, reordenando a execução das ações e serviços, redimensionando-as de forma a contemplar as reais necessidades, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Além dos itens de avaliação, também são disponibilizadas algumas observações críticas, que devem ser consideradas e corrigidas para a próxima rodada de avaliação.



Resultado das avaliações 2013 e 2014



HOSPITAL	PONTUAÇÃO (N) 2013	PONTUAÇÃO (N) 2014	INCREMENTO %
1		45	
2	20	53	165,00%
3	36	69	91,67%
4	48	75	56,25%
5	36	74	105,56%
6	54	84	55,56%
7	63	81	28,57%
8	54	86	59,26%
9	89	95	6,74%
10	91	ONA 1	





Quadro comparativo - Prontos Atendimentos



PRONTO ATENDIMENTO	PONTUAÇÃO (N) 2013	PONTUAÇÃO (N) 2014	INCREMENTO %
1		27	
2		43	
3		70	
4	59	76	28,81%
5	68	81	19,12%
6	79	85	7,59%
Média	69	64	

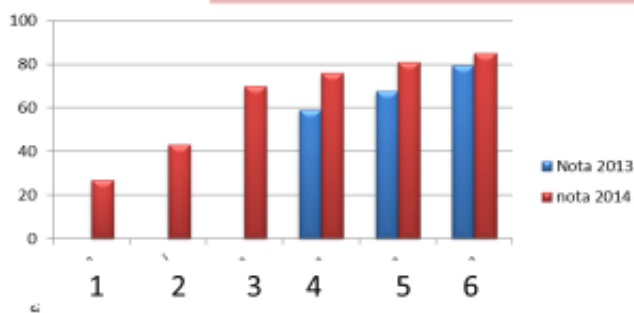
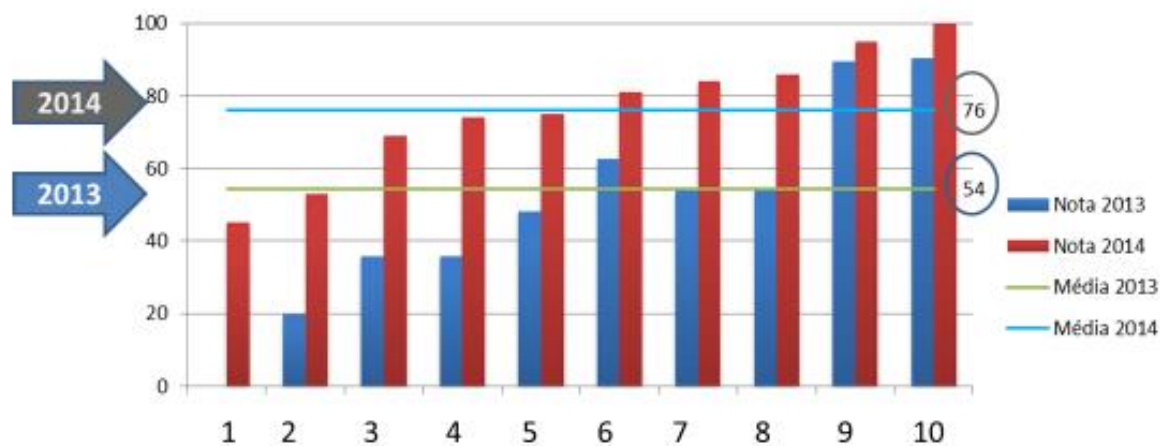


Gráfico Comparativo 2013/2014

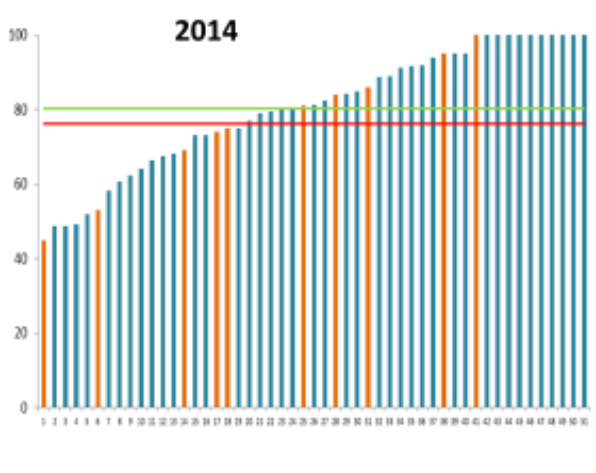
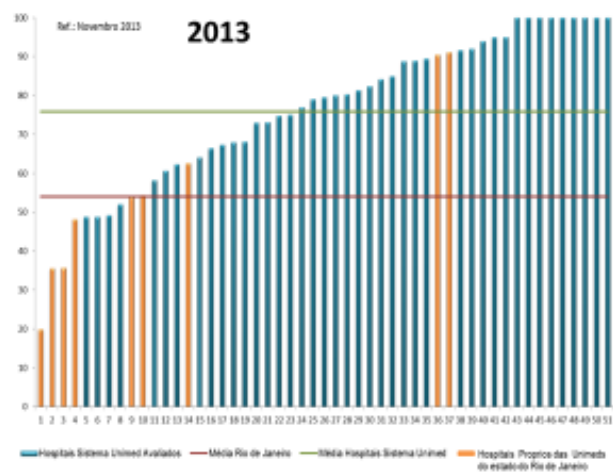


5





Classificação dos Hospitais Unimed no Programa de Qualificação



Hosp. Sistema Unimed • 2013 Média 76

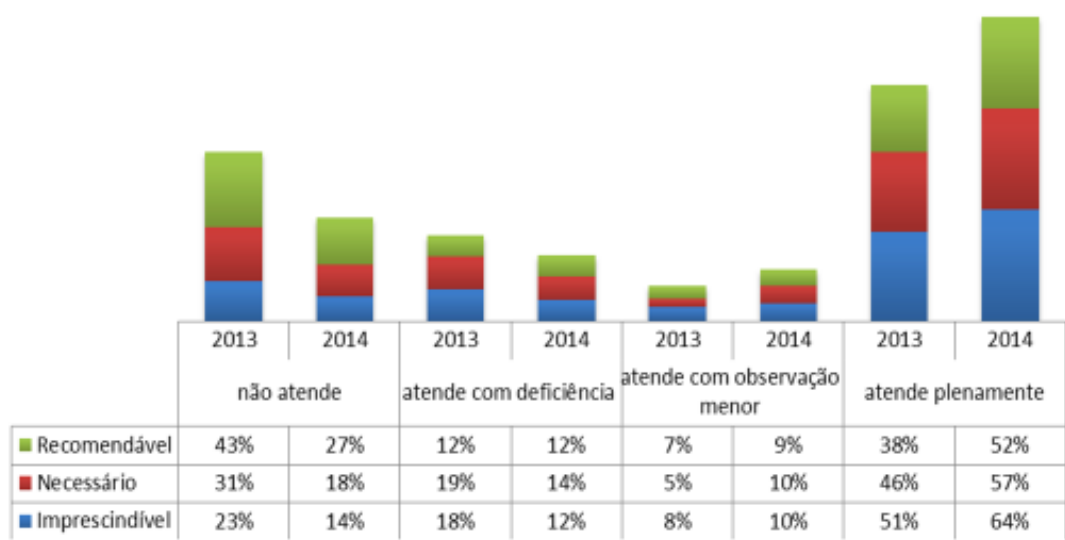
Hosp. Fed. Rio • 2013 Média 54

↑ 2014 Média 80

👍 2014 Média 76



Desempenho em relação aos itens e padrões



Fica evidenciada a melhoria no desempenho.





Evolução



Em curto período de tempo foi verificado um incremento médio de **57%** nas notas dos hospitais e dos prontos atendimentos avaliados.

Após o resultado do segundo ciclo de avaliação, até então todos os hospitais e prontos atendimentos estavam utilizando os mesmos valores de tabela aprovada.



Evolução



Com as avaliações de 2013 e 2014, foi possível realizar um estudo para classificar cada unidade por nível de qualificação, com a finalidade de incentivá-las a buscarem a excelência.

O Comitê de Tabelas em conjunto com o Depto. Atuarial da Federação Rio, propôs ao Conselho de Administração aplicar a metodologia de segmentação por quartis(Q).





Detalhamento técnico:



Os quartis são os limitadores dos grupos, eles dividem o conjunto ordenado de dados em quatro partes iguais, e cada parte representa 1/4 da amostra / população.

Assim, no caso de uma amostra/ população ordenada:

Primeiro quartil (1ºQ) - é o valor equivalente aos 25% da amostra / população ordenada.

Segundo quartil (2ºQ)- é o valor que se encontra 50% da amostra / população ordenada.

Terceiro quartil (3ºQ) - a partir deste valor se encontram 25% dos valores mais elevados, ou seja, valor equivalente aos 75% da amostra / população ordenada.



Análise estatística descritiva



De acordo com a metodologia aplicada, os recursos próprios são segmentados em 4 grupos, baseado nos três quartis das notas recebidas no programa Qualificação.

	NOTAS EM ORDEM CRESCENTE	GRUPOS
1º Quartil →	25% das Notas mais baixas	4
2º Quartil →	25% das Notas	3
	25% das Notas	2
3º Quartil →	25% das Notas mais altas	1





Quadro comparativo 2013/2014 Hospitais



Classificação		2014			2013		
		Nota de Corte	Hospitais	Nota	Nota de Corte	Hospitais	Nota
Grupo 1	4° Quartil	De 85,01 a 100	E	86	De 60,76 a 100	A	63
			B	95		B	89
			C	ONA 1		C	91
Grupo 2	3° Quartil	De 75,01 a 85	D	84	De 51,01 a 60,75	D	54
			A	81		E	54
Grupo 3	2° Quartil	De 61,01 a 75	H	69	De 36,01 a 51	F	48
			F	75			
			I	74			
Grupo 4	1° Quartil	Até 61	J	45	Até 36	G	20
			G	53		H	36
						I	36



Incentivo aprovado pelo Conselho de Administração



Classificação	Hospitais	Reajuste 2015 +
Grupo 1 (4° quartil)	E	Incentivo de 3%
	C	
	B	
Grupo 2 (3° quartil)	D	Incentivo de 2%
	A	
Grupo 3 (2° quartil)	H	Incentivo de 1%
	F	
	I	
Grupo 4 (1° quartil)	J	0%
	G	
	K	

* Hospital Unimed Rio é classificado como Alto Custo



Quadro comparativo 2013/2014 Prontos Atendimentos



Classificação		2014			2013	
		Nota de Corte	PA	Nota	PA	Nota
Grupo 1	4° Quartil	De 82,01 a 100	1	85	1	79
Grupo 2	3° Quartil	De 73,01 a 82	2	81	2	68
			3	76	3	59
Grupo 3	2° Quartil	De 39,01 a 73	4	70		
			5	43		
Grupo 4	1° Quartil	Até 39	6	27		



Incentivo aprovado pelo Conselho de Administração



Classificação	PA	Tabela
Grupo 1	1	Incentivo de 3%
Grupo 2	2	Incentivo de 2%
	3	
Grupo 3	4	Incentivo de 1%
	5	
Grupo 4	6	Incentivo de 0%

