

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

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

mercado

o brasil que dá certo - sa

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



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



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

Maio 17, 2016 Publicado por Pamella Cajano Publicado em Negócios

Tweetar

20

Curtir

Compartilhar



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

12/08/2016 18:21 | atualizado 13/08/2016 14:55

f t g+ in



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

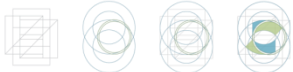
17/06/2016 02h00

ANS
Agência Nacional de
Saúde Suplementar

15
anos

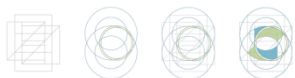
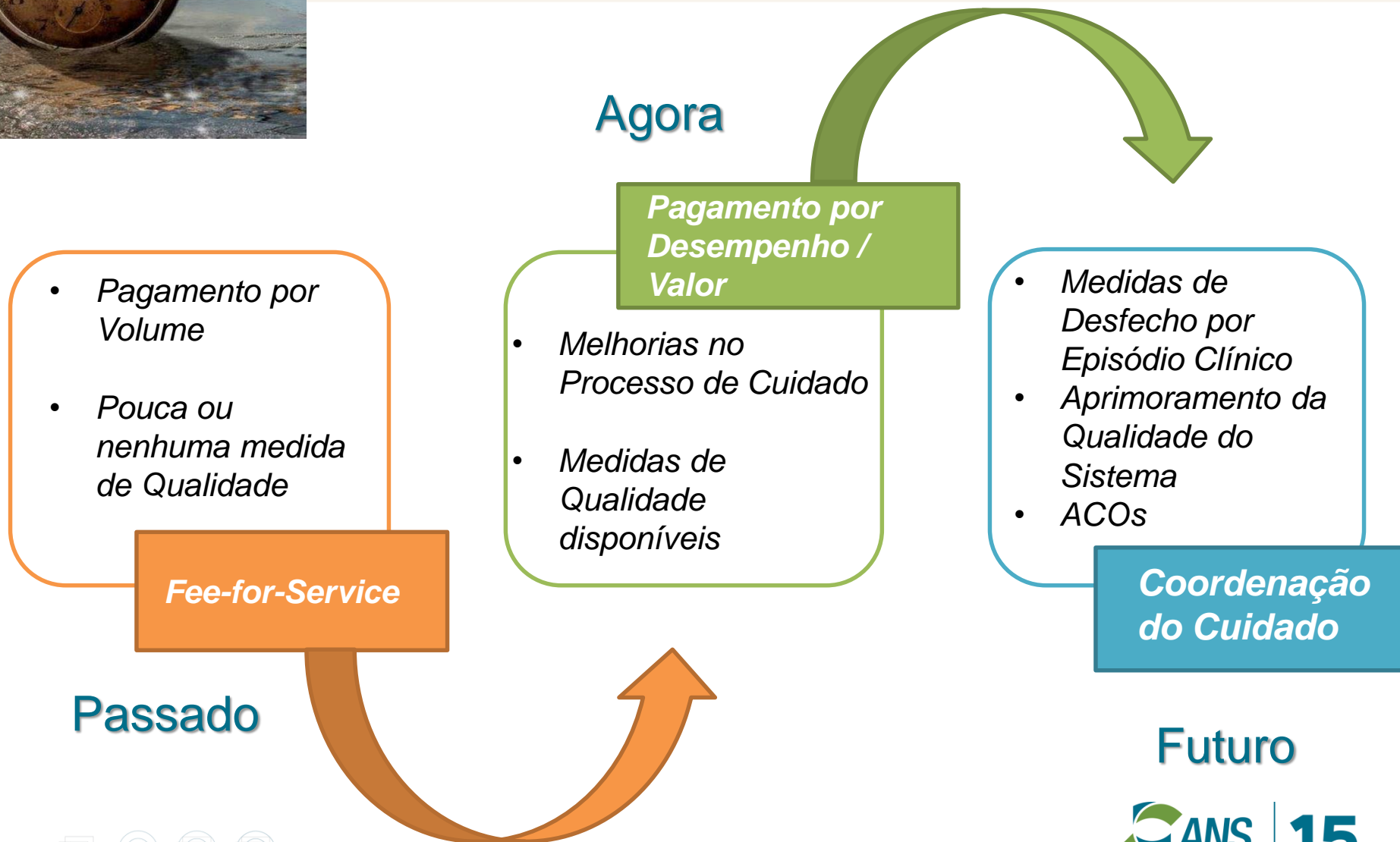
Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

- *Fornecer parâmetros outros que não somente o volume realizado, para a remuneração baseada em valores de excelência.*
- *Modelos de Remuneração → instrumento de mudança do Modelo Assistencial.*

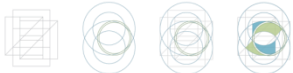
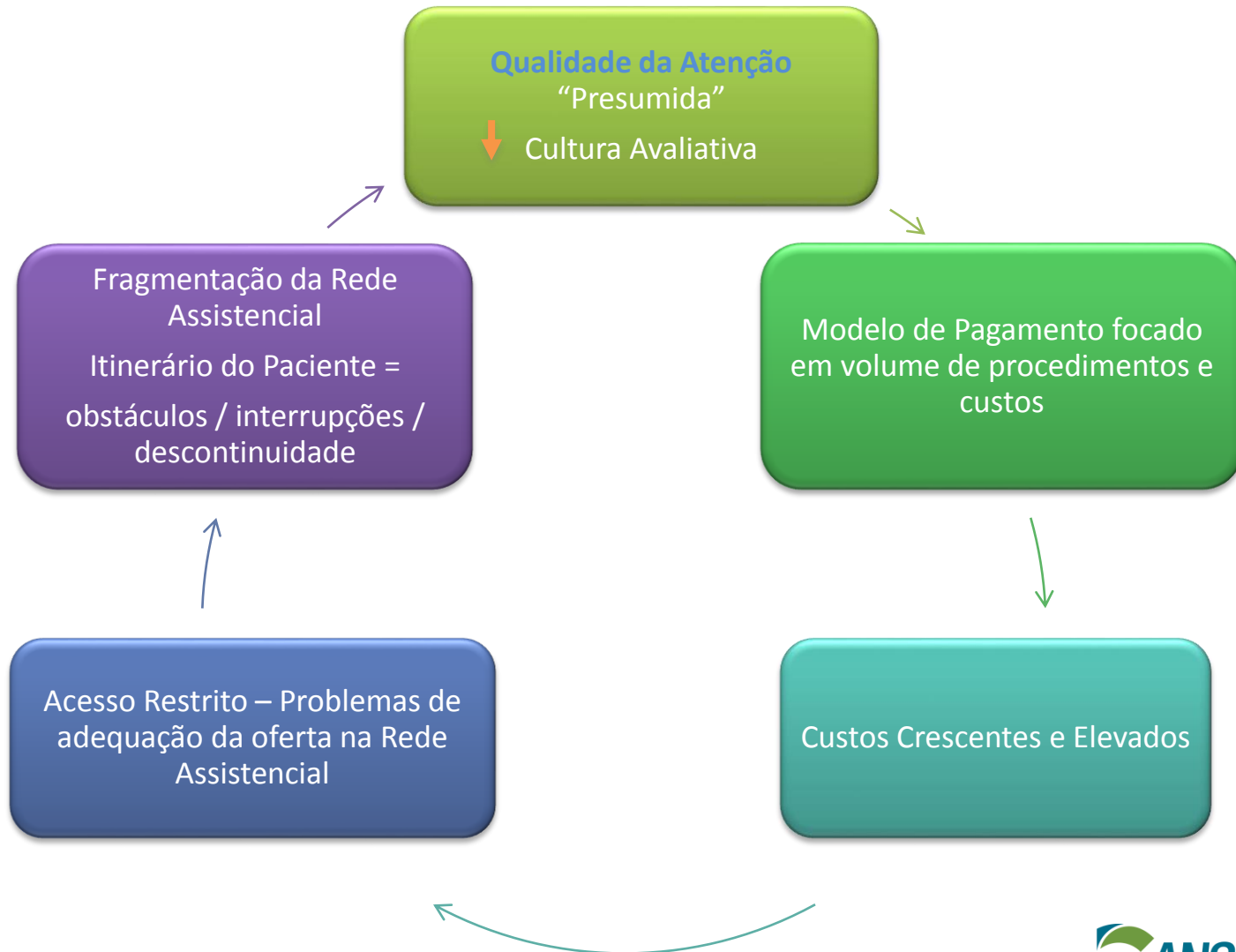




Visão da ANS: O Futuro é Agora!

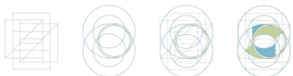
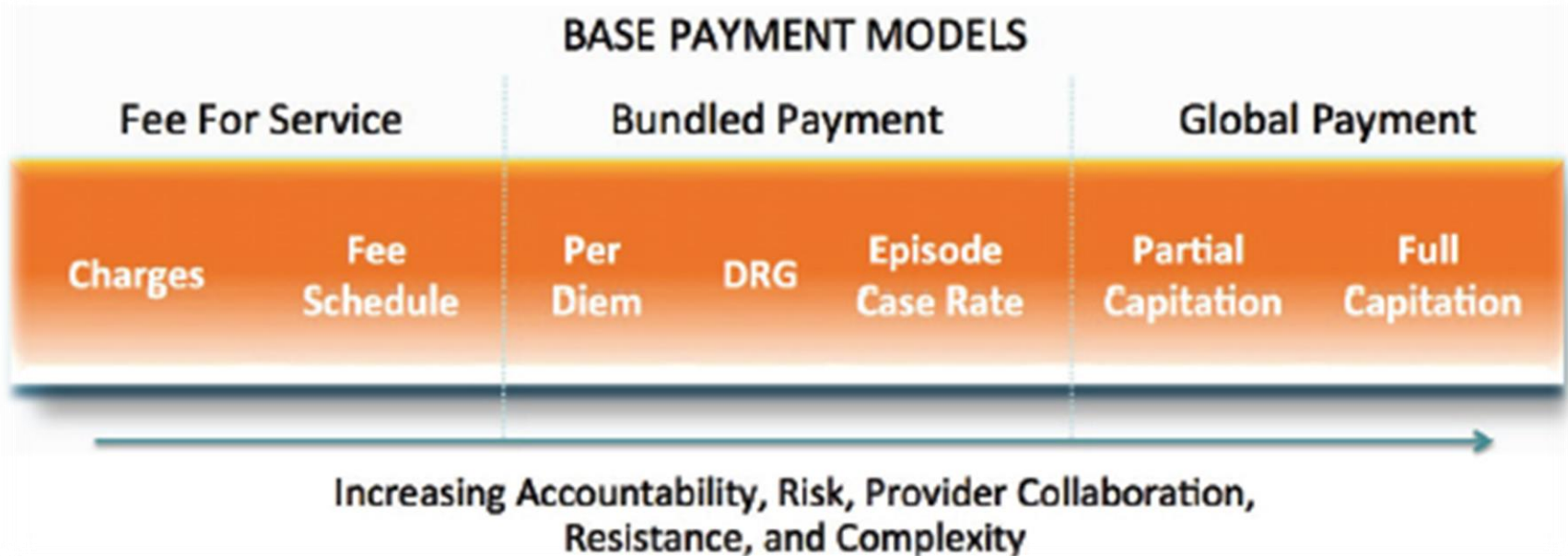


Por Que Discutir Modelos de Pagamento?



Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

- A maioria dos autores afirma: À medida que evoluímos do sistema de FFS para sistemas mais sofisticados, há uma **transferência de risco do financiador para o prestador**.



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	Tranferência 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)	Maiora 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

NOVOS

Modelos

* 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 todas as consultas médicas ou todos os itens e serviços cobertos pela parte B.

Modelos de Pagamento

Fee-for-service

1. **Pagamento direto de honorários por serviços prestados:** livremente pactuados entre o provedor (o profissional) e o cliente (o paciente) sem a intervenção do terceiro pagador (*fee-for-service / out-of-pocket*);

2. **Pagamento de honorários na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos (fee-for-service / fee-schedule):** Nestes casos os valores são pré-estabelecidos e pode haver intervenção do terceiro pagador. As tabelas podem ser estabelecidas desde dentro da corporação profissional e negociadas com as organizações de terceiros pagadores e provedores, governos etc.;

Pagamento por pacote clínico

3. **Pagamento por caso ou diagnóstico:** case-mix (DRG) ou bundled payment;

Capitation

4. **Pagamento por capitação:** um montante fixo por pessoa ou grupo populacional designados por período determinado;

Assalariamento

5. **Pagamento de salário por tempo fixo:** sistema salarial

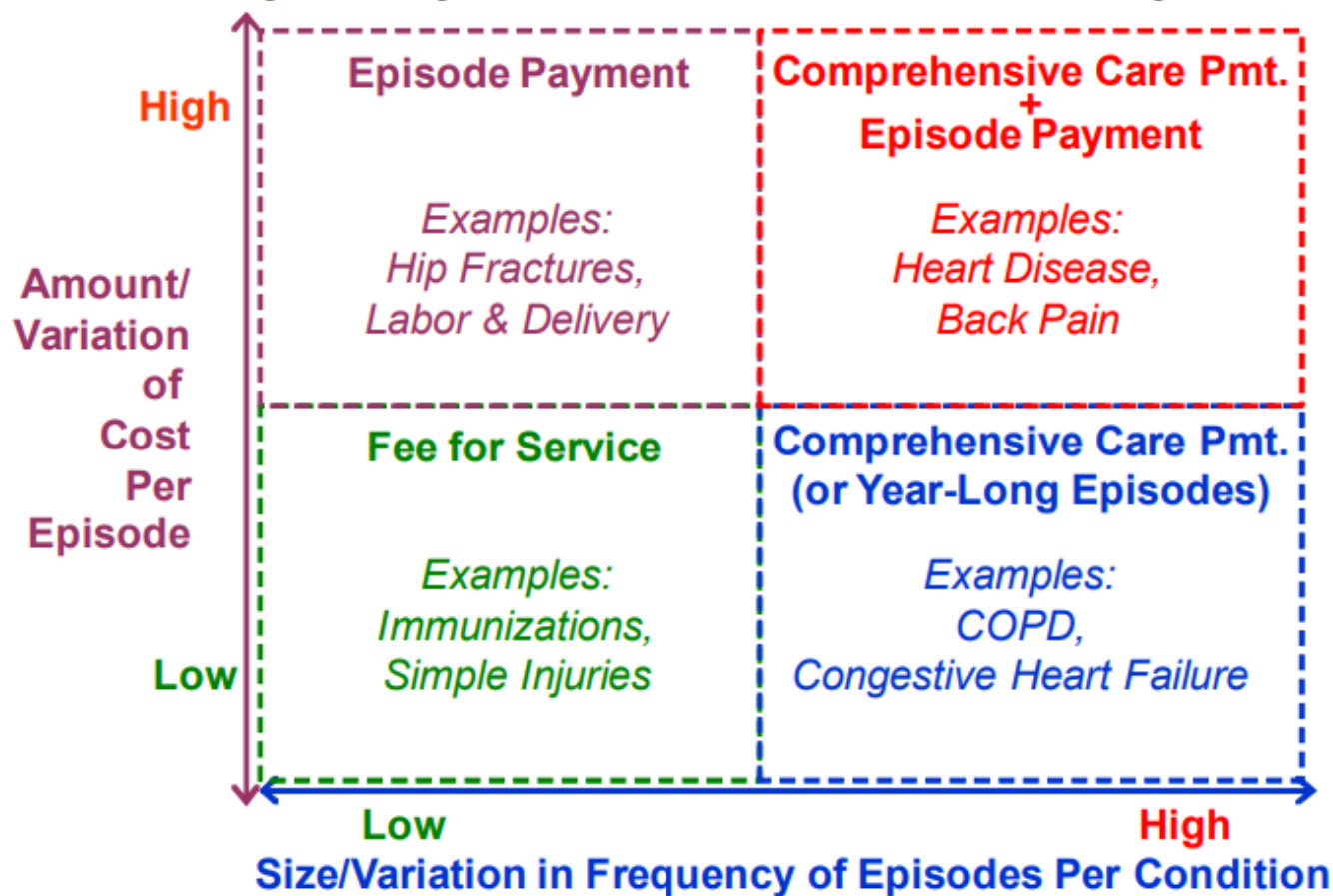
6. **Pagamento de salário variável:** em função de volume (produtividade) e qualidade de atos e procedimentos;

P4P

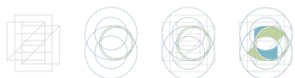
7. **Pagamento de um mix:** parte fixa (salário) + parte variável (bônus por performance).

Modelos de Pagamento a Médicos

Different Payment Systems Solve Different Cost/Quality Problems



Fonte: Center for Healthcare Quality & Payment Reform



Tipologia dos Modelos de Remuneração e Panorama no Mundo – Euro Observer 2010

Países	Gasto Hospitalar como % Gasto em Saúde	Gasto Hospitalar <i>per capita</i> (US\$ PPP)	Sistema de Alocação de Recursos a Hospitais
Áustria	38,8%	1.393	PPP + Reembolso retrospectivo dos custos
Alemanha	29,4%	1.061	Orçamento Global + PPP
Bélgica	31,2%	1.147	PPP + pagamento por ato + pagamento para medicamentos
Dinamarca	46,2%	1.567	Orçamento Global + PPP
Espanha	39,8%	1.117	Orçamento por linha de cuidado
Finlândia	35,3%	1.010	PPP
França	35,0%	1.259	PPP
Holanda	37,0%	1.378	Orçamento Global + PPP
Hungria	33,1%	463	PPP
Islândia	40,6%	1.363	Orçamento Global
Noruega	38,2%	1.613	Orçamento Global + pagamento por ato
Polónia	34,5%	391	PPP
Portugal	37,5%	796	Orçamento Global
Reino Unido	s/d	s/d	Orçamento Global + PPP
República Tcheca	45,8%	796	Orçamento Global + PPP + por ato
Suécia	46,9%	1.545	Orçamento Global + PPP
Suíça	35,1%	1.567	Orçamento Global + PPP

Fonte: elaboração própria, a partir de Cylus& Irwin, Euro Observer, 2010.

Nota: PPP = Pagamento Prospectivo por Procedimento



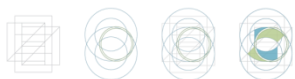
Programas de Pagamento por Performance – Affordable Care Act – ObamaCare



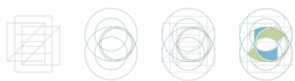
GT de Remuneração – Diretrizes Gerais

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)



EXPERIÊNCIAS DO MUNDO REAL



Quality and Outcome Framework (QOF) – Reino Unido

- Reino Unido implementou em 2004 o *Quality and Outcome Framework (QOF)*, em âmbito nacional dentro do *National Health System (NHS)*.
- Estabelece processos e define metas em determinadas áreas de cuidado por *médicos generalistas*, em nível ambulatorial.
- Generalistas recebem ganhos financeiros à parte de seus salários ao comprovar resultados de uma faixa pré-estabelecida de 140 diferentes indicadores de saúde. *Esquema de incentivo propicia até 25% de ganhos extras.*
- Divulgação da performance individual de acesso irrestrito.
- Demonstrado redução das variações da qualidade do cuidado nas áreas de interesse do programa, beneficiando principalmente áreas de menor assistência e com maior potencial de incremento.

Fontes: HARRIS, 2012 p. 579; BOECKXSTAENS et al., 2011



A EXPERIÊNCIA DE PORTUGAL

Portugal → realizou **reformas no Sistema de Saúde** com Objetivos Principais: pagamento por desempenho, a contratualização e a avaliação da qualidade.

Novo Modelo 2005 → **reorganização da Atenção Primária com sistema de pagamento misto**: capitação, salário, incentivos sensíveis à produtividade, à acessibilidade e à qualidade.

Pagamentos de incentivos direcionados prestadores e diretamente aos médicos.

Os indicadores relativos à disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação.

Indicadores monitorados para remuneração de médicos se vinculam a vigilância de planejamento familiar, atenção pré-natal, puericultura nos dois primeiros anos, controle de pacientes diabéticos e hipertensos, além de cuidados domiciliares.

Houve resultados satisfatórios em relação aos custos e à cobertura. Foi demonstrada uma redução em torno de 25% em custos com aumento das taxas de cobertura da população em comparação aos Centros de Saúde tradicionais.

Houve também aumento da satisfação de usuários e profissionais. Fonte: PISCO, 2011

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.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Comparison of two methods to report potentially avoidable hospitalizations in France in 2012: a cross-sectional study

Rodolphe Bourret^{1,2}, Grégoire Mercier^{1,2*}, Jacques Mercier^{1,2,3}, Olivier Jonquet^{1,2,3}, Jean-Emmanuel De La Coussaye^{2,3,4}, Philippe J Bousquet², Jean-Marie Robine^{2,5} and Jean Bousquet^{1,2,3}

Abstract

Background: Potentially avoidable hospitalizations represent an indirect measure of access to effective primary care. However many approaches have been proposed to measure them and results may differ considerably. This work aimed at examining the agreement between the Weissman and Ansari approaches in order to measure potentially avoidable hospitalizations in France.

Methods: Based on the 2012 French national hospital discharge database (*Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*), potentially avoidable hospitalizations were measured using two approaches proposed by Weissman et al. and by Ansari et al. Age- and sex-standardised rates were calculated in each department. The two approaches were compared for diagnosis groups, type of stay, severity, age, sex, and length of stay.

Results: The number and age-standardised rate of potentially avoidable hospitalizations estimated by the Weissman et al. and Ansari et al. approaches were 742,474 (13.3 cases per 1,000 inhabitants) and 510,206 (9.0 cases per 1,000 inhabitants), respectively. There are significant differences by conditions groups, age, length of stay, severity level, and proportion of medical stays between the Weissman and Ansari methods.

Conclusions: Regarding potentially avoidable hospitalizations in France in 2012, the agreement between the Weissman and Ansari approaches is poor. The method used to measure potentially avoidable hospitalizations is critical, and might influence the assessment of accessibility and performance of primary care.

Keywords: Diagnosis-related groups, International classification of disease, Potentially avoidable hospitalizations, PMSI, France

Background

The concept of potentially avoidable hospitalizations (PAH) or ambulatory care sensitive hospitalizations (ACSH) was proposed as an indirect measure of access to effective primary care [1-5]. It has also been used as a marker of overall healthcare system performance [6,7]. This approach is appealing since a large number of states, regions or hospitals have reliable data on hospital discharges and limited data on ambulatory care [8]. Avoiding admission represents a substantial reduction in

costs, enhances patients' quality of life and is an issue of considerable interest to policy makers and the public [9]. Higher rates of PAH are associated with socioeconomic deprivation [10,11], poor accessibility to primary care [5], and deficient continuity of care [12]. PAH can be reduced by programs aimed at improving primary care delivery [13,14] or by multifaceted interventions [15]. Thus PAH rates might increase where access to GPs is lower and where primary care is suboptimal.

In France, primary care is mostly delivered by self-employed physicians in the ambulatory care sector. General Practitioners have been playing a semi gatekeeping role since the late 1990s. Although patients are financially incentivized to visit their GP before being referred to a specialist, the gate-keeping procedure is not mandatory

Destaques:

• Estudo do Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, França

Análise Comparada de 2 métodos para informar hospitalizações evitáveis (PAH) na França.

• PAH = Medida Indireta de Acesso à Atenção Primária a partir de dados hospitalares – Muito utilizado como marcador do acesso e da efetividade da atenção primária. Também como medida da performance do modelo de atenção.

• O Estudo apresenta estimativas de Internações Evitáveis na França por meio dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (Programme de Medicalisation des Systèmes d'Information), por meio de duas abordagens: Weissman et al. X Ansari et al.

• Falta de coordenação das ações de saúde na AP, descontinuidade do cuidados, doenças crônicas e comorbidades: principais causas de PAH.

* Correspondence: g-mercier@chu-montpellier.fr
¹Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, France
²MACMA-UR: Fighting Chronic Diseases for Active and Healthy Ageing Reference Site of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, Montpellier, France

Effect of Payment Incentives on Cancer Screening in Ontario Primary Care

Tara Kiran, MD, MSc¹⁻³

Andrew S. Wilton, MSc⁴

Rabim Moineddin, PhD³⁻⁵

Lawrence Paszat, MD, MSc⁴

Richard H. Glazier, MD, MPH¹⁻⁵

¹Keenan Research Centre in the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

²Department of Family and Community Medicine, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

³Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Ontario, Canada

⁴Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario, Canada

⁵Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Ontario, Canada



ABSTRACT

PURPOSE There is limited evidence for the effectiveness of pay for performance despite its widespread use. We assessed whether the introduction of a pay-for-performance scheme for primary care physicians in Ontario, Canada, was associated with increased cancer screening rates and determined the amounts paid to physicians as part of the program.

METHODS We performed a longitudinal analysis using administrative data to determine cancer screening rates and incentive costs in each fiscal year from 1999/2000 to 2009/2010. We used a segmented linear regression analysis to assess whether there was a step change or change in screening rate trends after incentives were introduced in 2006/2007. We included all Ontarians eligible for cervical, breast, and colorectal cancer screening.

RESULTS We found no significant step change in the screening rate for any of the 3 cancers the year after incentives were introduced. Colon cancer screening was increasing at a rate of 3.0% (95% CI, 2.3% to 3.7%) per year before the incentives were introduced and 4.7% (95% CI, 3.7% to 5.7%) per year after. The cervical and breast cancer screening rates did not change significantly from year to year before or after the incentives were introduced. Between 2006/2007 and 2009/2010, \$28.3 million, \$31.3 million, and \$50.0 million were spent on financial incentives for cervical, breast, and colorectal cancer screening, respectively.

CONCLUSIONS The pay-for-performance scheme was associated with little or no improvement in screening rates despite substantial expenditure. Policy makers should consider other strategies for improving rates of cancer screening.

Ann Fam Med 2014;317-323. doi: 10.1370/afm.1664.

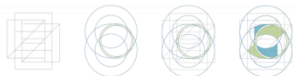
INTRODUCTION

Governments around the world are trying to align physician financial incentives with desired health system goals. In the United States, the National Commission on Physician Payment Reform

Destaques:

Estudo do Grupo: Institute of St. Michael's Hospital (Toronto), University of Toronto, Institute for Clinical Evaluative Evidence (Ontario)

- Análise da implementação do P4P para médicos da Atenção Primária em Ontario (Canadá)
- Estudo Longitudinal com dados administrativos da cobertura do rastreamento para cânceres selecionados e perfil de gastos.

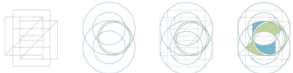


Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

“Existem dois tipos de riscos: aqueles que não podemos nos dar ao luxo de correr e aqueles que não podemos nos dar ao luxo de não correr.”

Peter Drucker

Escritor austríaco,
considerado pai da administração moderna



Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

- Colocar o paciente em primeiro lugar!*
- Criar Escolhas*
- Estimular iniciativas centradas no paciente e melhorias organizacionais*
- Priorizar modelos remuneratórios baseados em Valores em saúde*
- Padronizar os métodos de pagamento, nos diferentes contextos (Cuidados Primários, Hospital...)*
- Tornar os resultados transparentes para a sociedade.*

Fonte: Leemore S. Dafny e Thomas H. Lee, Agosto de 2017. **Serviços de assistência médica precisam de concorrência real.** Harvard Medical School.

Link: <http://hbrbr.uol.com.br/servicos-de-assistencia-medica-precisam-de-concorrenca-real/>



Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

INCENTIVO À COMPETIÇÃO

Cinco ações inter-relacionadas podem estimular a competição baseada em valor nos cuidados de saúde.



Obrigada!

Dra. Karla Santa Cruz Coelho
Diretora de Produtos e
Diretora Interina de Desenvolvimento Setorial



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



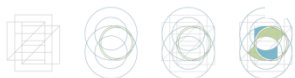
[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



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

You
Tube

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



Ministério da
Saúde



15
anos