1.12 Participação no Programa de Modelos de Remuneração Baseados em Valor da ANS (PONTUAÇÃO BASE de 0,10)

Nomenclatura Simplificada

Adoção de remuneração que considere o desempenho dos prestadores de serviços de saúde quanto aos desfechos clínicos e não clínicos que importam aos pacientes

Conceito

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano-base avaliado. Tem como objetivo 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 sejam centrados na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos. 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). Como objetivo específico o Programa Modelos de Remuneração Baseado em Valor da ANS deve contribuir de forma determinante para a melhoria da qualidade do cuidado de acordo com cada contexto clínico.

Método de Cálculo

(Pontuação Base + IDQS) ≤ 1

Onde:

Pontuação base = 0,10 - referente à pontuação base dada pela participação no Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor

Em qualquer caso, o resultado do IDQS acrescido da pontuação base não poderá ultrapassar o valor 1 (um).

Para obter esta pontuação a operadora deverá:

- Participar na 2ª edição do Edital do Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor da ANS de forma efetiva no ano-base avaliado, conforme cronograma, atividades e metas previstas, incluindo o envio regular dos indicadores solicitados.
- A pontuação base de 0,10 não é cumulativa, ou seja, caso a operadora possua mais de um projeto-piloto monitorado no âmbito do Programa Modelos de Remuneração Baseados em valor da ANS ele será pontuada uma única vez em 0,10.

Pontuação

Por ser um indicador de bonificação, de participação voluntária, a representação do resultado da operadora será ilustrada na escala de cores do programa de forma binária: operadoras bonificadas serão representadas no ponto máximo (verde), e operadoras não bonificadas serão representadas no ponto mínimo (vermelho), conforme tabela a seguir. A escala é apenas ilustrativa. O cálculo

da pontuação base incidirá de acordo com o resultado obtido no indicador, diretamente no IDQS.

Resultado do Indicador	Representação na escala de cores: entre 0 (zero) e 1 (um)
0,10 pontos no IDQS	 Operadora bonificada
Operadora não participa do projeto	 Operadora não bonificada

Interpretação do indicador

Este indicador pretende incentivar que as operadoras adotem modelos de Remuneração Baseados em Valor e alternativos ao *Fee for Service,* desde que os modelos sejam centrados na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

A remuneração baseada em valor prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, a sustentabilidade do sistema. Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados (PORTER e TEISBERG, 2007). Assim, a forma de remunerar deve suportar uma lógica estruturante, na qual o modelo de cuidado e modelo de pagamento estejam integrados e Valor deve ser entendido como os desfechos clínicos e não clínicos que importam aos pacientes, monitorados por meio de indicadores.

Teisberg (2020) propõe uma outra definição para o conceito de valor em Saúde: "Valor é a melhoria medida na saúde de uma pessoa, em relação ao custo de sua obtenção". Além desta definição, a autora ressalta que, embora alguns atrelem a **Assistência à Saúde Baseada em Valor** à redução de custos, melhoria de qualidade, ou satisfação do paciente, tais esforços – embora importantes – não são o mesmo que valor, que se concentra principalmente na melhoria dos desfechos em saúde do paciente. O objetivo central da transformação do cuidado baseado em valor é capacitar o sistema de saúde para criar mais valor para os pacientes. A implementação de modelos de assistência à saúde baseada em valor é uma aspiração que alinha os interesses de todos os *stakeholders* do sistema de saúde, incluindo prestadores, pacientes, planos de saúde, empregadores e governo. Assim, modelos de assistência à saúde baseada em valor têm o objetivo de induzir à reorganização da saúde suplementar de modo, impactar positivamente a cadeia produtiva e as relações dos diversos atores envolvidos.

Desta forma, esta Pontuação Base se aplica às operadoras de planos privados de assistência à saúde que foram selecionadas e participam efetivamente das atividades do Programa de modelos de remuneração baseados em valor da ANS.

Por fim, os projetos-pilotos das operadoras participantes também devem observar o alinhamento às boas práticas reconhecidas nacionalmente e internacionalmente e às diretrizes de modelos de remuneração de serviços de saúde constantes no *Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor* ANS: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>.

Usos

Viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, na qual o modelo de cuidado e modelo de pagamento estejam integrados e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar, contribuindo assim para que o setor de saúde suplementar supere os desafios para a implementação de modelos alternativos ao modelo *Fee For Service*

Identificar e selecionar as experiências apresentadas pelas operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor, para que possam ser acompanhadas ao longo do seu desenvolvimento.

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços a utilizarem modelos de remuneração baseados em valor, que contribuam para a sustentabilidade e o aprimoramento da qualidade do cuidado na saúde suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Brasil ainda utiliza hegemonicamente o modelo de Pagamento por Procedimento (*Fee For Service*), especialmente no setor privado, o 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). Este fato é corroborado pelos dados da ANS, os quais apontam que nos anos de 2019 e 2023, na saúde suplementar, menos de 10% dos valores pagos aos prestadores de

serviços foram realizados por meio de outros modelos de remuneração alternativos ao *Fee For Service* – FFS (ANS, TISS/2023).

Limitação e vieses

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.*

Referências

ABICALAFFE, CL. Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: DOC Content, 2015. v. 1. 232p.

ABICALAFFE, CL. Saúde Baseada em Valor, um caminho para a saúde sustentável. In: ABEA – Associação Brasileira dos Enfermeiros Auditores. Auditoria: Gestão em Saúde. Fortaleza: Gráfica LCR; 2020b. p. 74-84.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: Resolução Normativa - RN nº 501, de 30 de março de 2022

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: Resolução Normativa - RN nº 528, de 29 de abril de 2022.

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil, ago. 2016. Disponível em:

<http://bichuetti.com.br/artigos/Modelos%20de%20remunera%C3%A7%C3%A3o%20na%20sa%C3%BAde.%20HBR%20ago2016.pdf>

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>.

CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID INNOVATION. Evaluation and Monitoring of the Bundled Payments for Care Improvement Model 1 Initiative. Annual Report 2014. Baltimore, 2015

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

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT - ICHOM. What is Value-Based Health Care. 2012. Available from: https://www.ichom.org/faqs/

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

MAKDISSE M, RAMOS P, MALHEIRO D, et al. Value-based healthcare in Latin America: a survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. BMJ Open 2022;12: e058198. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058198

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>

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

PORTER, ME; LEE, T. The Strategy that Will Fix Health Care: Providers must lead the way in making value the overarching goal. Harvard Business Review. 2013.

TEISBERG, E; WALLACE, SJD, O'HARA, S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Academic Medicine, 2020.