



Modelos de remuneração

Foco no melhor resultado para todos

Audiência Pública – Comissão de Seguridade Social e Família



A saúde suplementar em números

A saúde suplementar em números

696 planos de assistência médica: **48 milhões de beneficiários**

1 em cada 4 brasileiros tem plano de saúde: população da Espanha

351 planos exclusivamente odontológicos: **27,6 milhões de beneficiários** (maior do que a população da Austrália)

O setor de saúde suplementar contabiliza ao todo **75,6 milhões de beneficiários** (equivalente à população da França e Bélgica somadas)



Sustentabilidade da saúde suplementar

Mutualismo



Conceito: fundo comum, formado a partir dos recursos pagos pelos beneficiários e administrado pelas operadoras, para assegurar o custeio dos procedimentos assistenciais



Contraprestações: o preço dos planos de saúde precisa ser calculado com base nos cálculos atuariais que projetam os riscos assistenciais da carteira de beneficiários



Cobertura: é preciso que os riscos estejam pré-determinados, caso contrário, não é possível fazer cálculos



Eventos não cobertos: o custeio será feito sem previsão atuarial e isso colocará em risco o fundo mutual, que é o único local de onde saem recursos para custear despesas médicas e remunerar a rede prestadora

Regulação do setor



ANS:

agência reguladora criada pela Lei nº 9.961/2000, com o objetivo de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país



Contratos:

a observância às cláusulas é fundamental para a manutenção da segurança jurídica e para garantia de acesso dos beneficiários aos procedimentos assistenciais

Medicina Baseada em Evidências:

proporciona tratamento adequado e protege o beneficiário contra tratamentos experimentais sem resultados cientificamente comprovados



Garantia de atendimento de qualidade ao beneficiário:

- prazos máximos de atendimento
- regras para dimensionamento da rede credenciada
- mecanismos para atendimento mediante a indisponibilidade do prestador no município pertencente a área geográficas
- avaliação da qualidade

O desafio do controle dos custos

Cenário atual

Orçamento limitado

Aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis

Aumento na expectativa de vida

Incorporação de novas tecnologias

Cuidado desordenado e fragmentado

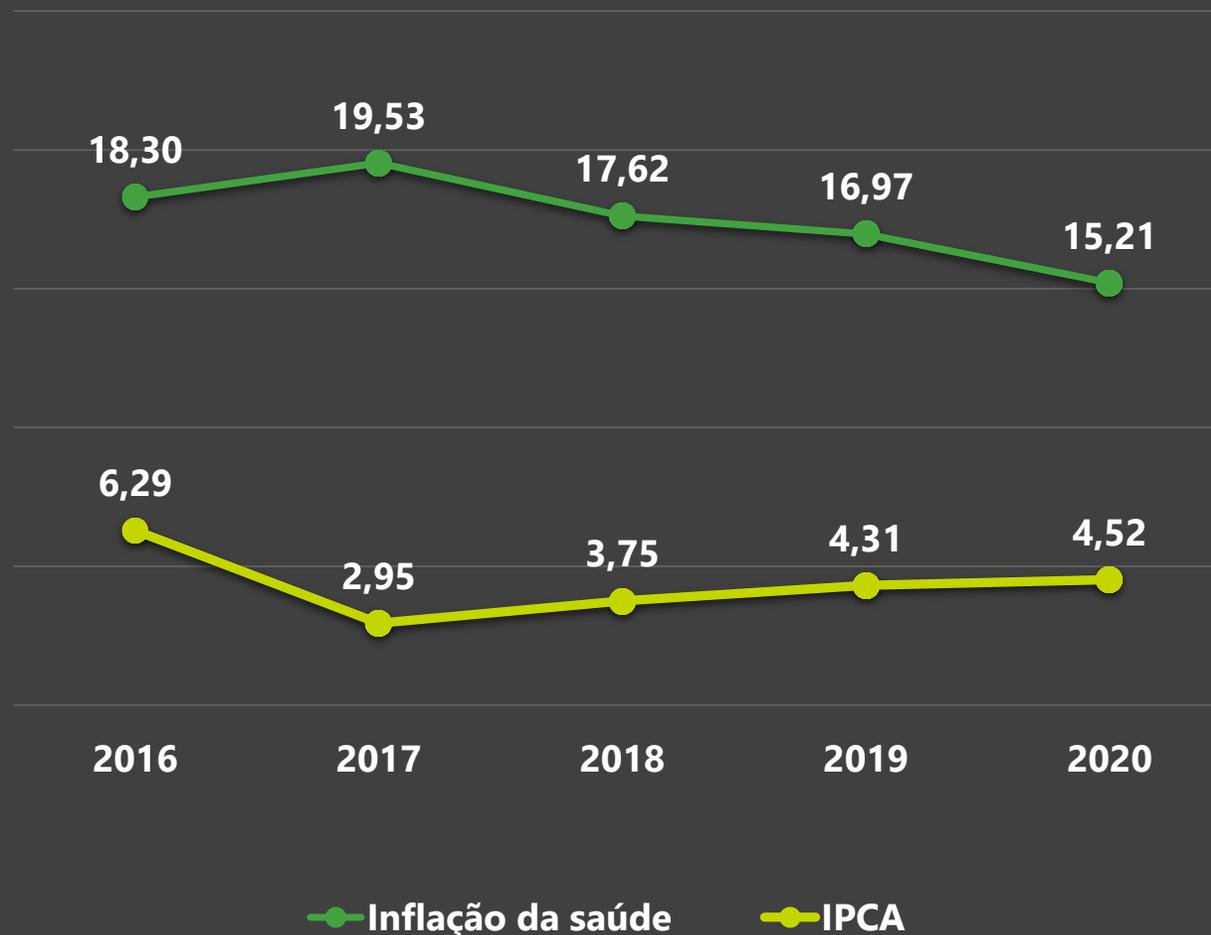
Duplicação de esforços

Foco em volume

Não aferição dos desfechos clínicos

A explosão dos custos na saúde

A inflação da saúde foi **muito maior** do que o IPCA nos **últimos 5 anos**



Desperdícios e fraudes

Estimativa IESS

R\$ 28 bilhões em gastos com fraudes e desperdícios – ou seja, 19,1% das despesas assistenciais

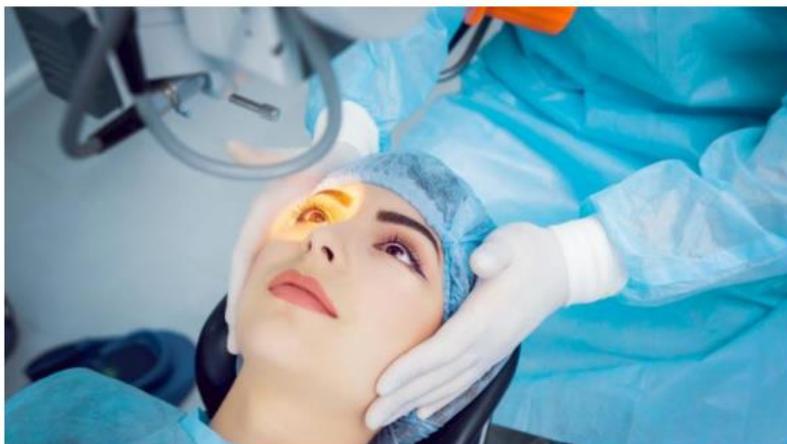
Contas hospitalares	2014	2015	2016	2017
Gastos com fraudes e desperdícios	R\$ 20.198.053.952,68	R\$ 22.494.740.727,90	R\$ 25.500.174.316,83	R\$ 27.788.101.786,12
Despesas assistenciais	R\$ 108.198.127.524,90	R\$ 120.480.462.562,70	R\$ 132.711.535.860,54	R\$ 145.431.808.882,29
% dos gastos	18,7%	18,7%	19,2%	19,1%

Novos atores no mercado

Negócios

Na saúde, a nova menina dos olhos do Pátria

18 de Agosto de 2017



Natalia Viri

No último ano, silenciosamente, o Pátria Investimentos vem construindo um império da oftalmologia.



A gestora já comprou sete clínicas e hospitais especializados e colocou todos sob uma holding, a Hospital de Olhos do Brasil, que já se apresenta como "a maior empresa do setor na América Latina".



O faturamento combinado das empresas adquiridas já chega a R\$ 700

Negócios

A estratégia da XP no mercado de oftalmologia

1 de Junho de 2020



Pedro Arbex

O fundo de private equity da XP comprou o controle do hospital de oftalmologia CBV — e já está em conversas avançadas com outras cinco clínicas e hospitais dos olhos para iniciar um movimento de consolidação de um dos nichos mais pulverizados da saúde.



O investimento foi feito pelo FIP XP Private Equity, gerido por Chu Kong, um veterano que fundou o TMG Capital nos anos 90 e passou

Buscar

Valor EMPRESAS | Empresas

Entrar

Com caixa reforçado, grupos de saúde planejam mais aquisições

Em 2020, aquisições de empresas e captações movimentaram R\$ 26,5 bilhões

Por Beth Koike — De São Paulo
05/01/2021 05h00 · Atualizado há 5 meses



Modelos de remuneração

O modelo *fee for service*

- Modelo de conta aberta
- Adequado para alguns procedimentos, mas não para todos
- Tabela com o valor do procedimento ou tecnologia
- Estímulo à competição por usuários
- O mau uso estimula a sobreutilização de serviços
- Não mede o resultado para o paciente

O modelo de pagamento por diárias hospitalares

- Amplamente utilizado na remuneração de internações hospitalares
- Valores estabelecidos por dia de permanência
- Estimativa de custos diários
- Pode ser:
 - global** - precificação completa sem incluir procedimentos cirúrgicos
 - semiglobal** - inclui somente alguns serviços e materiais de consumo

O modelo de pacotes

- Predominante para consultas e procedimentos diagnósticos
- Procedimentos agrupados e remunerados em valor único
- Mantem a lógica do *fee for service*: pagamento por volume
- Os pacotes podem apresentar rigidez e na maioria das vezes não contemplam ajuste por desempenho

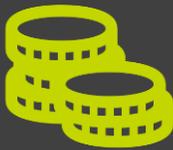


**Foco na qualidade e
experiência do paciente**

Mudanças culturais necessárias



Modelo “hospitalocêntrico”: nem tudo se resolve com uma ida ao hospital, o local com maior custo de tratamento



Fee for service: a remuneração é feita por procedimentos executados. É necessário buscar o melhor alinhamento com os prestadores para selecionar o atendimento com melhor resultado e menor custo, evitando desperdícios



Judicialização: aumento dos pedidos individuais na Justiça por um tratamento, que impactam o interesse coletivo e geram custos que serão pagos por todos que têm plano

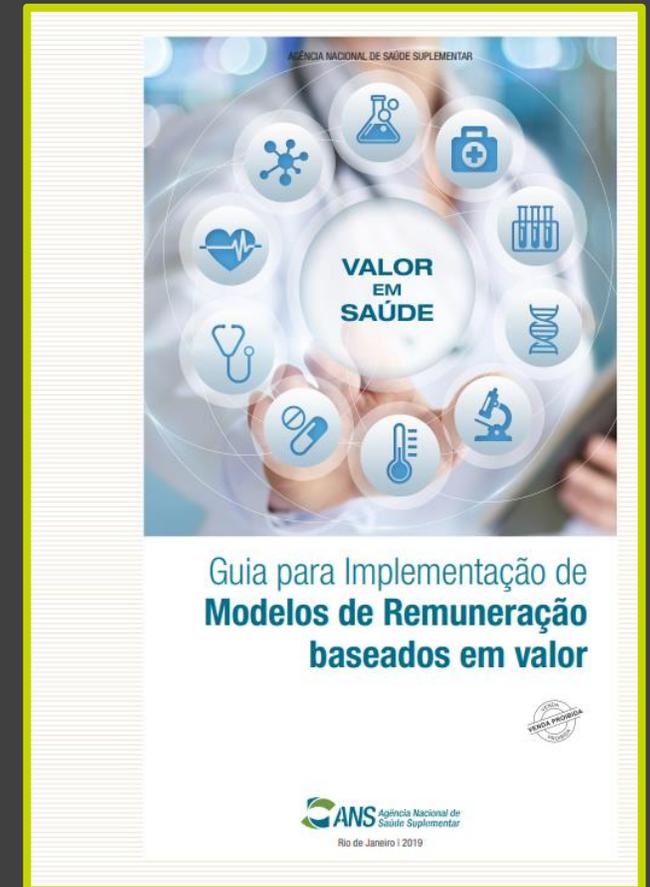
A regulação da ANS

A ANS discute **há cinco anos** a adoção de novos e melhores modelos de remuneração

É uma tendência mundial para buscar o melhor resultado para o paciente e enfrentar o aumento nos custos

O objetivo é adotar modelos inovadores, **centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade** da saúde suplementar

- Início das discussões em 2016
- Projeto Modelos de Remuneração Baseado em Valor em 2019
- Webinar sobre Modelos de Remuneração Baseados em Valor em 08/07/2021



5 anos de debates

2017

Novo modelo de remuneração em saúde deve focar em experiência do paciente, defende Francisco Balestrin

Presidente da associação dos hospitais privados destaca aumento do preço na assistência no país

POR GLAUCE CAVALCANTI
19/09/2017 10:52 / atualizado 20/09/2017 10:28



Francisco Balestrin, presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados - Márcia Foletto / Agência O Globo

RIO - O Brasil precisa discutir a transição para um novo modelo de remuneração na área de saúde, que seja focado na experiência do cliente, defende Francisco Balestrin, presidente da Associação Nacional de Hospitais Particulares (Anahp).

2018

Planos de saúde e hospitais: eles brigam e nós perdemos

O que falta para o mercado abandonar o modelo de remuneração que estimula o desperdício e prejudica o paciente

CRISTIANE SEGATTO
31/07/2017 - 07h00 - Atualizado 31/07/2017 12h49

Compartilhar

Assine Já!



Profissionais de diferentes especialidades discutem casos complexos e definem juntos a melhor conduta no A.C. Camargo Cancer Center. A medicina integrada melhora a qualidade da assistência. (Foto: Divulgação)

Decisões erradas são tomadas com base em dados errados. Em sua trajetória profissional, é provável que você tenha vivido desastres derivados da análise torta de números que capturam o detalhe e desconsideram a

Assine Época a partir de R\$ 14,90 por mês

<https://epoca.globo.com/saude/cristiane-segatto/noticia/2017/07/planos-de-saude-e-hospitais-eles-brigam-e-nos-perdemos.html>

1/7

2017

E agora, Brasil? saúde

Um retrato da saúde no Brasil

Saúde Suplementar

Mudar modelo de pagamento é alternativa para planos

Em quadro agravado por crise econômica e desemprego, setor discute opções para se sustentar





Evolução dos modelos de remuneração

Princípios dos modelos baseados em valor

Foco na vida do paciente:

- Cuidado baseado em resultados para os pacientes;
- 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;
- Resultados devem ser amplamente divulgados;
- As inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas (benefício para o paciente).

Evolução dos modelos de remuneração

- Pagamento por desempenho (*Pay for Performance - P4P*)
- *Fee for Service* com bônus por performance (FFS + P4P)
- Orçamentação global e parcial
- *Diagnosis Related Group* (DRG)
- Compartilhamento de riscos (*Shared Savings/Shared Risk Programs - SSP*)
- Pacote (*bundled payments*)
- *Capitation*

Aspectos dos modelos de remuneração

Não existe modelo perfeito

Melhor **adaptação de cada modelo** a determinados serviços

Frequente uso do mix de modelos para **redução de distorções**

	FFS + P4P	Bundles	Capitation	Orçamento global
Descrição	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
Exemplo	Consulta Médica	Artroplastia de joelho	Atenção básica	Orçamento único hospitalar e OSs
Prós	Incentiva o tratamento e estimula a produtividade	Incentiva a coordenação e aderência a protocolos de atendimentos	Previsibilidade de receitas para o prestador	Previsibilidade de gastos relativa a simplicidade gerencial
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

Resultados – *Capitation*

- Redução entre 1% e 20% dos custos no *Medicaid* (Lewin Group, 2009)
- Modelo de capitation é mais custo-efetivo do que o modelo *fee for service* no cuidado de pacientes com doenças mentais no *Medicaid* (Grieve et al. 2008)
- Economia de 26,1% com o uso do *capitated matrix system* na compra de implantes para artroplastia total de joelho e quadril (Taylor et al. 2009)

Marshall University
Marshall Digital Scholar

Management Faculty Research

Management, Marketing and MIS

2014

How Effective is Capitation at Reducing Health Care Costs?

David P. Paul III
Monmouth University

Jennifer Brunoni
Marshall University

Tasha Dolinger
Marshall University, dolinger1@marshall.edu

Resultados – *Diagnosis Related Group*

- Europa, Escandinávia, Estados Unidos, Canadá e Austrália
- Conclusão: modelos de remuneração apresentam vantagens e desvantagens em relação aos objetivos:
 - ✓ Aumento na eficiência e transparência além da redução do tempo médio de permanência
 - ✗ Incentivo financeiro para alta hospitalar precoce

Systematic Review

Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care

Natasa Mihailovic¹, Sanja Kocic^{1,2}, and Mihajlo Jakovljevic³

Abstract

Since the 1990s, diagnosis-related group (DRG)-based payment systems were gradually introduced in many countries. The main design characteristics of a DRG-based payment system are an exhaustive patient case classification system (ie, the system of diagnosis-related groupings) and the payment formula, which is based on the base rate multiplied by a relative cost weight specific for each DRG. Cases within the same DRG code group are expected to undergo similar clinical evolution. Consecutively, they should incur the costs of diagnostics and treatment within a predefined scale. Such predictability was proven in a number of cost-of-illness studies conducted on major prosperity diseases alongside clinical trials on efficiency. This was the case with risky pregnancies, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, depression, alcohol addiction, hepatitis, and cancer. This article

Health Services Research and
Managerial Epidemiology
Volume 3: 1-8
© The Author(s) 2016
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2333392816647892
hme.sagepub.com
SAGE

Agenda FenaSaúde

- Ampliação de acesso e sustentabilidade do sistema
- Liberdade de negociação e contratação e cumprimento de contratos
- Melhores resultados para aumentar o acesso – todos os lados ganham

Coberturas mais flexíveis

Novas regras para reajuste dos planos individuais

Novos modelos de franquias e coparticipação

Maior investimento em atenção primária

Maior rigor na incorporação de novas tecnologias

Novos modelos de remuneração dos prestadores



Obrigada

Vera Valente
Diretora Executiva

1º de julho de 2021