COALIZÃO SAÚDE

MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

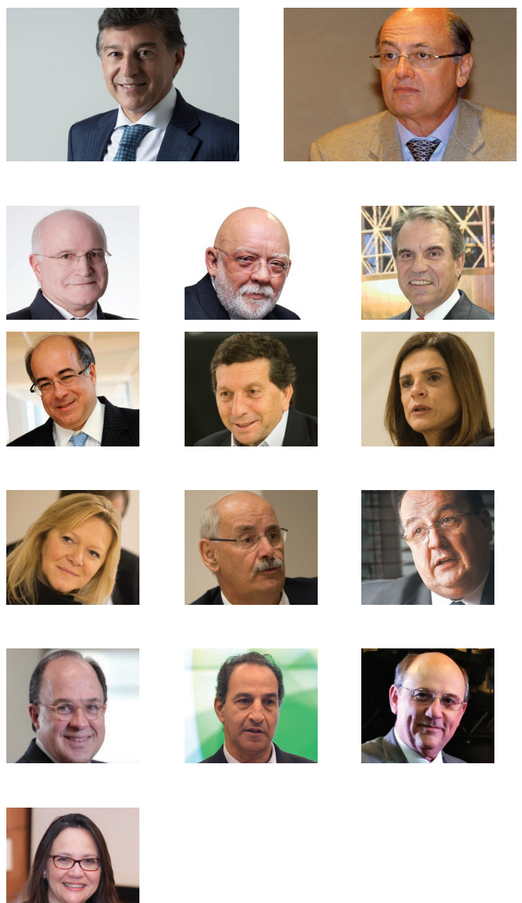
Claudio Luiz Lottenberg - **Presidente**

Giovanni Guido Cerri - **Vice-presidente**
Carlos Alberto Pereira Goulart
Eudes de Freitas Aquino
Francisco Balestrin
Henrique Sutton de Souza Neves
Ruy Salvari Baumer
Solange Beatriz Palheiro Mendes

Conselho Fiscal
Cláudia Alice Cohn
Edson Rogatti
Nelson Augusto Mussolini

Conselho Consultivo
Gabriel Portella Fagundes Filho
Paulo Chapchap
Reinaldo Camargo Scheibe

Denise Eloi - **CEO**



Grupo de Trabalho:
"Modelos de Pagamento Baseados em Valor"

Coordenação:
Fabrício Campolina (Johnson & Johnson)

Apoio técnico:
KPMG

PARTICIPANTES

- ABBOTT
- ABBVIE
- ABIMED
- ABRAMED
- ABRAMGE
- ABRAIDI
- AMB
- ANAHP
- CBEXS
- CMB
- CNS
- DASA
- FENASAÚDE
- GRUPO FLEURY
- GRUPO SABIN
- HEALTHWAYS
- INTERFARMA
- JOHNSON & JOHNSON
- SANOFI
- SIEMENS
- SINDUSFARMA
- SINAEMO
- ONCOCLÍNICAS
- ABEM
- SBHCI
- SBCBM

SUMÁRIO

Conselho de Administração 4
Prefácio 6
1 Introdução 8
2 Processo de criação 10
3 Valor segundo o setor de saúde no Brasil 12
4 Elementos-chave para a construção de modelos de pagamento baseados em valor 14
4.1 População-alvo / coorte 16
4.2 Escopo dos serviços 18
4.3 Arquitetura de modelos de pagamento 20
- fee-for-service com bônus por performance (ffs+p4p) 24
- bundles 26
- capitation 29
- orçamento global 30
4.4 Medidas de desfecho 34
4.5 Monitoramento e dados 36
4.6 Compartilhamento e transferência de risco 38
4.7 Mitigação de risco 42
5 Fatores críticos de sucesso 45
5.1 Capital humano 46
5.2 Processos 48
5.3 Tecnologia 50
5.4 Alinhamento entre os atores 52
5.5 Regulamentação e políticas públicas 54
6 Considerações finais 57
Conclusão 58

Prefácio

Claudio Luiz Lottenberg – Presidente do Conselho de Administração do ICOS
Giovanni Guido Cerri – Vice-presidente do Conselho de Administração do ICOS

Sobre Princípios e Valores

Avançar onde é preciso. Reformar. Focar o paciente e, a partir desse ponto de vista, transformar todo um sistema de saúde. Estamos diante da possibilidade de reconstruir um modelo para o País. Temos o conhecimento e temos a determinação. Temos parceiros, união e liderança. E temos princípios.

Quando nos dispusemos a enfrentar a complexa e multifacetada questão da revisão das formas de remuneração dentro do sistema de saúde, sabíamos o tamanho do desafio. Em um cenário de crise econômica, com o envelhecimento da população, custos de inovação e a profusão de interesses, realinhar todos esses pontos em nome de um sistema mais sustentável e eficiente é uma necessidade. Reunir toda a cadeia produtiva, um pré-requisito, que o Instituto Coalizão Saúde realizou de maneira inédita. E propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro é, afinal, nossa missão.

Por isso tomamos a decisão de nos aprofundar na discussão sobre Modelos de Pagamento Baseados em Valor. O caminho havia sido traçado no nosso "Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde", um dos mais abrangentes e fundamentados documentos já realizados sobre o nosso setor. Agora, fizemos um mergulho nos diferentes modelos de pagamento, sejam os praticados no Brasil, sejam os melhores exemplos internacionais.

Isso porque sabemos que, ainda que os modelos sejam diferentes ao redor do globo, a necessidade de criar um modelo mais sustentável é comum a todos. No workshop "Modelos de Pagamento Baseado em Valor" realizado este ano e que culminou neste documento, reunimos as grandes lideranças do setor produtivo da saúde para pensarmos e desenvolvermos esta nota técnica. O trabalho foi grande, o envolvimento, total, e o resultado, um sinal potente de que estamos avançando.

Foram discutidas as diferentes formas de pagamento (Fee-For-Service, Bundles, Capitation e Orçamento Global),seus pesos relativos em diferentes países, seus prós e contras. As especificidades do Brasil e de suas necessidades e o que temos a aprender com outros países. Problemas e suas soluções foram postos à mesa. O debate vigoroso mostrou que também é do atrito que se faz a luz.

Temos na mão a oportunidade de usar o modelo de pagamento baseado em valor como um mecanismo de transformação para criar um novo, mais eficiente e melhor sistema de saúde para todos. Não vamos desperdiçá-la. Convido os parceiros a se debruçarem sobre este documento. É da saúde da população que estamos falando. E falamos sério.

COALIZÃO SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Fabrício Campolina

Coordenador do grupo de trabalho "Modelos de Pagamento Baseados em Valor"

O tema "Modelos de Pagamento Baseados em Valor" (VBP[1]) que faz parte de uma visão de Value-Based Care (VBC[2]) tem sido amplamente debatido na cadeia de saúde e diversas iniciativas estão sendo implementadas, reforçando a crença de que nosso mercado irá evoluir nesse sentido nos próximos três anos. Esta evolução se faz ainda mais importante pela transição demográfica que estamos passando, mais notadamente pelo envelhecimento da população e aumento da prevalência das doenças crônicas.

Ainda que exista ampla literatura sobre o assunto e diversos caminhos apontados pelas lideranças do setor, há uma necessidade de convergir o entendimento dos diversos atores da cadeia sobre o assunto, adequar esta visão para a realidade de nosso país e consolidar de forma pragmática as diretrizes necessárias para implementações de sucesso e as ações de fomento e regulação que beneficiem nosso sistema de saúde.

Em nosso setor, apenas uma organização como o Instituto Coalizão Saúde reúne a legitimidade e poder de aglutinação para realizar tal desafio.

A grande realização deste grupo de trabalho foi tornar simples um tema muito complexo e ao mesmo tempo contemplar uma visão plural e compartilhada pelos elos da cadeia sobre o que queremos para Modelos de Pagamento Baseados em Valor no Brasil.

Acreditamos que o conhecimento deve ser democratizado através de iniciativas como esta e que uma visão compartilhada irá acelerar a adoção e aumentar a chance de êxito desta que acreditamos ser uma das bases para a sustentabilidade de nosso setor.

Nota 1: VBP – Value-Based Payment, sigla em Inglês comumente utilizada para fazer referência a Modelo de Pagamento Baseado em Valor.

Nota 2: VBC – Value-Based Care, sigla em Inglês comumente utilizada para referência a Cuidado Baseado em Valor, ou seja, entregar cuidado de saúde ao paciente na hora e local corretos e da forma apropriada.

COALIZÃO SAÚDE

2. PROCESSO DE CRIAÇÃO

A elaboração de uma Nota Técnica que representasse o consenso da cadeia produtiva de saúde sobre um tema tão relevante como Modelos de Pagamento Baseados em Valor foi um grande desafio para o ICOS, e agregou o conhecimento e a experiência de mais de 40 especialistas e líderes do setor, representantes de cerca de 22 instituições.

O foco do trabalho esteve sempre no paciente-cidadão, e na busca de estratégias que viabilizem a sustentabilidade do setor de saúde do Brasil. Sem dúvida, um avanço na longa caminhada que temos pela frente.

Fontes de inspiração - Modelos de Pagamento Baseados em Valor

- Mais de 40 especialistas e líderes de opinião do setor no Brasil contribuíram com ideias, conteúdos e experiências, além da participação da equipe de especialistas internacionais da parceira KPMG.

- Mais de 16 horas de discussões durante dois workshops e diversas reuniões do Comitê de Liderança.

- Centenas de páginas de estudos globais analisados e benchmarks nacionais e internacionais, entendendo o cenário atual e propondo caminhos para avançarmos na construção de novos Modelos de Pagamento Baseados em Valor no Brasil.

40 especialistas

16 horas de discussões

+100 horas de estudo

COALIZÃO SAÚDE

3. VALOR SEGUNDO O SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Antes de nos aprofundarmos no tema de Modelos de Pagamento Baseados em Valor, é fundamental discutirmos e alinharmos quanto ao próprio conceito de "Valor".

Embora a definição de valor em saúde possa variar e que um conceito mais amplo e atual deve ser encontrado, ela pode ser descrita de maneira objetiva e lógica como: **resultados do cuidado assistencial divididos pelo custo do serviço prestado.**

Dentro desse conceito, alinhar os incentivos entre todos os envolvidos na entrega do serviço assistencial é primordial para se manter o equilíbrio no setor. Novos modelos de pagamento vêm sendo criados e discutidos ao redor do mundo de forma que os incentivos ao longo de todo o ciclo de cuidado ao paciente estejam alinhados e, como resultado natural, gerem valor. Alcançar uma redefinição de valor ampla que represente todos os atores da cadeia e aplicá-la é altamente complexo, mas ao mesmo tempo necessário para contribuir diretamente para a sustentabilidade na saúde.

O sistema de saúde no Brasil enfrenta um desafio recorrente: como melhorar a saúde da população mantendo os custos sob controle e agregando qualidade na entrega do serviço prestado. Com isso, gerar valor no serviço assistencial ganha cada vez mais relevância em um cenário onde a demanda cresce e a tecnologia avança, ameaçando a sustentabilidade financeira do sistema. Os incentivos atuais e a forma como a cadeia é financiada têm uma consequência direta na qualidade dos serviços prestados e no desfecho clínico, impactando diretamente o paciente.

Na busca para encontrar um equilíbrio financeiro, alguns atores têm oferecido mais qualidade e eficiência na entrega do serviço, enquanto outros têm focado em enxugar custos. Todavia, se ambas as variáveis, qualidade e custo, não estiverem conectadas e relacionadas ao cuidado apropriado durante todo o ciclo de cuidado, não haverá geração de valor. Apenas aumentar a qualidade através de Programas de Qualidade e acreditações ou de tratamentos de alto custo não implicará em efetividade. Por outro lado, uma preocupação excessiva com custo ao longo da jornada do paciente irá, invariavelmente, impactar desfechos e consequentemente o valor na saúde.

A quantidade de atores na cadeia de saúde dificulta o alinhamento em torno de uma definição de valor que represente o equilíbrio entre aqueles envolvidos na entrega do serviço e que inclua a visão do paciente. O paciente, dentro de um sistema de saúde que o coloca no centro do serviço, também possui um papel importante na garantia da sustentabilidade do setor. No entanto, sua percepção de valor é, muitas vezes, negligenciada. Dessa forma, decisões compartilhadas entre paciente e corpo clínico devem ser encorajadas e o paciente deve ser empoderado para a tomada de decisão, gerando, como consequência, benefícios para o indivíduo e o sistema como um todo. Além disso, dar voz ao usuário a respeito de sua experiência em um serviço também é uma forma de mensurar indicadores de desfecho, visando à melhoria contínua e a cuidados mais eficientes.

Países que já amadureceram a redefinição de valor em saúde perceberam que deve-se estender a visão e o conceito de paciente-cidadão. Nessa linha, o cidadão deve ter não só todo o sistema desenhado ao seu redor, mas, também, uma responsabilidade social que colabore com a sustentabilidade da cadeia de saúde. Tal responsabilidade estendida faz com que o cidadão possua obrigações de promover e cuidar da própria saúde. Além disso, em um ambiente onde os recursos para a assistência são finitos e escassos, o paciente possui um papel importante para o seu uso racional e no engajamento aos tratamentos indicados.

Definição de Valor segundo ICOS:

Assim sendo, segundo consenso construído pelos membros do Instituto Coalizão Saúde, valor é: o equilíbrio entre (1) a percepção do cidadão quanto à experiência assistencial; (2) prevenção e tratamentos apropriados que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade; (3) e custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

4. ELEMENTOS-CHAVE PARA A CONSTRUÇÃO DE MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR

Modelos de Pagamento Baseados em Valor são uma ferramenta que, se adequadamente implementada, podem fazer com que a cadeia de valor da saúde, tendo como base um melhor cuidado e efetividade dos gastos, se torne mais sustentável.

Modelos de Pagamento Baseados em Valor, ou qualquer outra ferramenta individual, não são uma panaceia para resolução de todos os problemas do setor, mas podem catalisar a mudança necessária para um cuidado de saúde mais custo-efetivo e de alta qualidade. Um outro grande equívoco é acreditar que pagamento por valor é uma forma de fazer com que os prestadores de serviços gerem mais qualidade com menos recursos. Se implementados de forma correta, os novos modelos de pagamento podem ser responsáveis por melhores resultados em saúde, que consequentemente proporcionam uma otimização de custos.

As experiências mundiais na implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor têm mostrado que não há uma simples solução que possa ser facilmente replicada de um contexto para outro. Entretanto, a busca de soluções conjuntas pelos elos da cadeia da saúde, por si só, tem o poder de melhorar a governança e a eficiência do setor.

Para o sucesso na implementação deste tipo de iniciativa, transparência, colaboração, e o desenvolvimento de bases de confiança são fundamentais. Neste processo de construção conjunta, alguns elementos-chave precisam ser considerados, os quais são discutidos nesta sessão.

COALIZÃO SAÚDE

4.1 POPULAÇÃO-ALVO / COORTE

Definir claramente a população-alvo é crucial e faz parte de um dos primeiros passos para a migração para um novo modelo de cuidado tendo como base o valor.

Portanto, uma boa análise e diagnóstico da sua população-alvo, com dados históricos, é fundamental, não apenas para a definição posterior da arquitetura do modelo, mas também para entendimento do mix de casos e perfil de riscos associados à população.

É importante ter claro que quanto menor a população, maior será o risco de impacto de variações aleatórias e que devem ser consideradas estratégias específicas para mitigar este efeito. Por exemplo, neste cenário, a precisão de avaliar os resultados clínicos é limitada e riscos de falsos positivos (recompensar boa sorte) ou falsos negativos (penalizar azar) altos.

Uma forma de mitigar a questão do tamanho da amostra é aumentar o intervalo em que os resultados são medidos e as recompensas pagas, mas isto pode diluir o impacto de medição dos resultados e os incentivos criados para os atores. Outra forma seria tratar outliers ou pontos fora da curva de forma independente para tentar estabelecer uma relação causa-consequência e determinar se o provedor deve assumir a responsabilidade ou se consiste em fato aleatório e os custos devam ser assumidos em conjunto, pela operadora de saúde, ou por algum tipo de mecanismo de resseguro.

Por outro lado, populações-alvo grandes proporcionam maior flexibilidade de arquitetura de pagamento e reduzem o risco de variações aleatórias. Entretanto, nestas populações o valor absoluto de potenciais perdas pode ser significativamente maior se o modelo de pagamento não for bem definido e algum tipo de mecanismo de resseguro ou ajuste de riscos também seja considerado para garantir liquidez financeira.

Deve ser considerado que os modelos de pagamento possuem aplicabilidades distintas em diferentes populações. Características demográficas da população e determinadas condições de saúde, e perfil de risco dentro de um grupo-alvo devem ser estudados e analisados, cruzando tais informações com o modelo de pagamento a ser aplicado.

A definição da população pode ser tão diversa quanto: (1) todas as mulheres gestantes na cidade de São Paulo usuárias do sistema público de saúde ou (2) pacientes com mais de 65 anos e com duas ou mais comorbidades de uma operadora de saúde específica na cidade de Maringá com indicação de cirurgia de artroplastia de joelho.

COALIZÃO SAÚDE

4.2 ESCOPO DOS SERVIÇOS

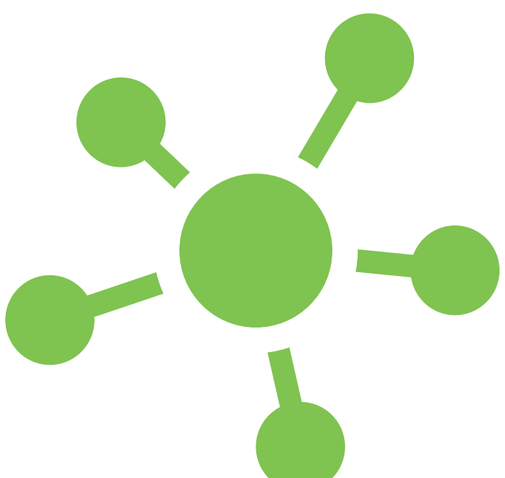
A definição de escopo dos serviços incluídos em um Modelo de Pagamento Baseado em Valor, passa pela definição de quais objetivos primários se pretende atingir com a migração do modelo. Por exemplo, nos EUA, um grande motivador de migração para modelos de pagamento de algumas cirurgias ortopédicas, se deu pela necessidade de incentivar uma maior coordenação entre a porção hospitalar e reabilitação pós-cirúrgica do procedimento. Deste modo, tanto o procedimento cirúrgico quanto a recuperação pós-operatória (3-6 meses após o procedimento) foram incluídos em Modelos de Pagamento por Valor do Medicare.

Incluir ou excluir serviços delimitando seu escopo impactará diretamente a dinâmica contratual entre pagador e prestador e as medidas de desfecho escolhidas. No caso de doenças cardiovasculares, por exemplo, faz sentido incluir no escopo do modelo serviços que hoje são fragmentados e que fazem sentido serem unidos, como cuidado primário e secundário. Em contrapartida, dentro do mesmo exemplo ligado a doenças cardiovasculares, procedimentos de alto custo provavelmente devem ser remunerados em separado, como transplantes ou tratamentos com drogas de alto custo.

Mais uma vez a transparência aparece como um ponto crítico para a implementação de Modelos Baseados em Valor, pois é essencial que todos os envolvidos no cuidado saibam exatamente os limites do escopo de serviço para a população assistida. Uma base sólida para um escopo de serviços bem definido é a utilização de protocolos validados e já utilizados pelas sociedades médicas. No entanto, atualmente, diferentes prestadores ou redes verticalizadas aplicam protocolos distintos na mesma área terapêutica, o que dificulta a delimitação de escopo e a comparação de serviços prestados. Equilibrar essas variáveis através de diretrizes e guidelines validados, sem restringir o ato médico, possui um papel importante dentro de Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Aliado a isso, a definição clara de escopo do que incluir e do que não incluir, e o acompanhamento de métricas de desfecho permite um monitoramento de melhoria contínua, e também a identificação de possíveis desvios de resultados.

O escopo dos serviços também tem impacto direto na escolha da arquitetura de pagamento e sua transferência de risco, conforme explicado em na próxima sessão. Riscos serão discutidos mais adiante no item "Compartilhamento de Riscos".

4.3 ARQUITETURA DE MODELOS DE PAGAMENTO



Experiências internacionais, onde pagamento com base em valor é um conceito mais desenvolvido, têm validado diferentes arquiteturas de modelos para certas populações, escopo de serviço e grau de compartilhamento de risco. Embora haja lições a serem aprendidas de casos no exterior, adaptar tais modelos à realidade brasileira se faz necessário.

Primariamente a definição da arquitetura de Modelos de Pagamento passa por entender quais as motivações e os objetivos dos stakeholders para aquela população específica e qual o escopo de serviço a ser incluído. Os propósitos e problemas variam e muitas vezes estão relacionados a ineficiências exacerbadas pelo modelo atual de pagamento, o Fee-For-Service. Controle de variabilidade de custos, melhora na coordenação da atenção, melhoria de resultados clínicos, com diminuição de complicações evitáveis, têm sido alguns dos propulsores da implantação de novos modelos de pagamento.

Diferentes arquiteturas de Modelos de Pagamento também apresentam diferentes graus de transferência de risco para o prestador. Diante disto, um fator importante é a variabilidade clínica em algumas áreas terapêuticas (como emergências e trauma) o que pode dificultar o cálculo de risco. Todos os fatores acima compõem uma análise de definição de arquitetura de Modelos de Pagamento, com impacto direto no risco que as partes envolvidas terão ao longo da transformação da remuneração da cadeia. O risco para as partes envolvidas também pode variar ao longo do tempo. Na medida em que o relacionamento entre as partes for amadurecendo, a experiência em diversos modelos for se consolidando e uma maior transparência dos resultados e qualidade das informações for sendo evidenciada, o risco tende a diminuir para as partes.

A atenção básica tem servido como base para alguns pilotos de VBP no Brasil, onde os agentes envolvidos na entrega do serviço buscam gerar uma melhor relação de custo-eficiência na assistência a uma população específica. Nesse cenário, as métricas de desfecho são relacionadas ao trabalho preventivo ou ao não agravamento do paciente. Além disso, os incentivos de compartilhamento das economias realizadas ao longo de um período devem ser realizados entre fonte pagadora e prestador.

Tratamentos de crônicos também têm utilizado a ferramenta de VBP, como Parkinson, por exemplo. Com medidas de desfecho que visam a melhorar o cuidado e a promover qualidade de vida, assim como a independência do paciente, estuda-se toda a jornada do paciente com Parkinson, juntamente com o cuidado coordenado necessário para atingir os objetivos pré-definidos. A base histórica de custo, juntamente com eventuais complicações de saúde causadas pela doença também é considerada e apoiará a definição do valor a ser reembolsado.

É importante ressaltar que embora se preveja uma migração gradual de Fee-For-Service para outras arquiteturas de pagamento, sempre existirá o espaço e a necessidade para o modelo tradicional de conta médica, uma vez que muitos serviços médicos, principalmente de baixa previsibilidade, podem nunca vir a se encaixar em outras arquiteturas de pagamento.

COALIZÃO SAÚDE

FEE-FOR-SERVICE COM BÔNUS POR PERFORMANCE (FFS+P4P)

Conta Aberta ou Pacotes com Bônus por Atingimento de Indicadores Clínicos de Desfecho surgiram inicialmente como um modelo de pagamento a fim de incentivar que prestadores aumentem sua eficiência produzindo melhores desfechos sem abandonar integralmente o modelo atual. É uma forma muitas vezes transitória que facilita com que os agentes da cadeia migrem gradualmente de um modelo voltado a volume para outro orientado a valor. Nele, se mantém o tradicional modelo onde prestadores de serviço são remunerados tendo como referência cada serviço oferecido, porém, são adicionadas medidas de desfecho ligadas principalmente ao resultado obtido dentro daquele escopo de serviço. Bônus ou penalidades relacionados a custos e desfechos são adicionados ao modelo de pagamento existente.

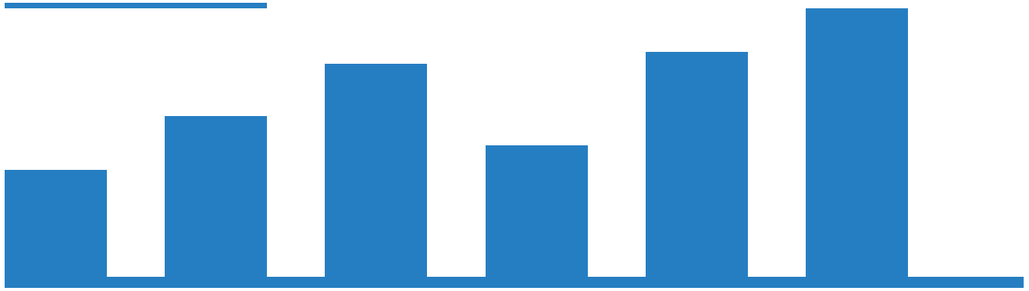
Um exemplo é na Cardiologia Intervencionista onde se paga um valor negociado por angioplastia e a economia gerada por reduzir taxas de reestenose, trombose e infartos versus baseline seria compartilhada entre hospitais e a operadora de saúde.

A existência de indicadores clínicos claros e o incentivo ao prestador na redução de complicações pós-procedimento, através do compartilhamento de economia gerada, colaboram para a redução de eventuais abusos e para a geração de valor ao paciente, reduzindo sinistralidade e diminuindo custos dentro daquela população específica.

Embora o FFS+P4P possua transparência em seus custos e encoraje a inovação, que pode expandir ou melhorar tratamentos convencionais, ele ainda apresenta baixa previsibilidade de receitas ao prestador e sinistros à Fonte Pagadora, estimulando glosas e desconfiança nos relacionamentos entre as partes. Dessa forma, altos níveis de transparência e confiança devem ser estabelecidos entre fonte pagadora e rede de prestadores para que esse modelo tenha sucesso.

COALIZÃO SAÚDE

Bundles



O modelo Bundle promove pagamentos entre Fonte Pagadora e Prestadores de Serviço, tendo como base uma expectativa de custo por episódio clínico, considerando todo o ciclo de cuidado e seus possíveis diferentes serviços. Por ter como base toda a assistência prestada ao longo da jornada do paciente e o valor gerado nesse período, o Bundle promove e facilita uma atenção mais coordenada e multidisciplinar. Tal modelo surgiu como uma forma de distribuir, de maneira mais equilibrada, o risco entre fonte pagadora e prestadores de serviço, uma vez que um episódio de cuidado do paciente é colocado dentro de uma combinação de serviços. Nele, o custo para cada episódio clínico deve ser detalhadamente estudado, considerando o ciclo de cuidado na jornada do paciente.

O período do episódio de cuidado pode variar bastante. Em uma negociação, pode contemplar uma cirurgia e três meses de recuperação e em outra negociação pode contemplar seis meses de preparação do paciente, a cirurgia e mais seis meses de pós-operatório.

O Bundle pode também ser classificado como prospectivo ou retrospectivo (também conhecido como virtual). No modelo prospectivo, as partes definem um preço fixo por episódio. No modelo retrospectivo, o provedor do serviço recebe inicialmente como em um tradicional modelo Fee-For-Service e ao final do episódio de cuidado as economias geradas ou os custos em excesso versus um baseline são compartilhados entre os atores.

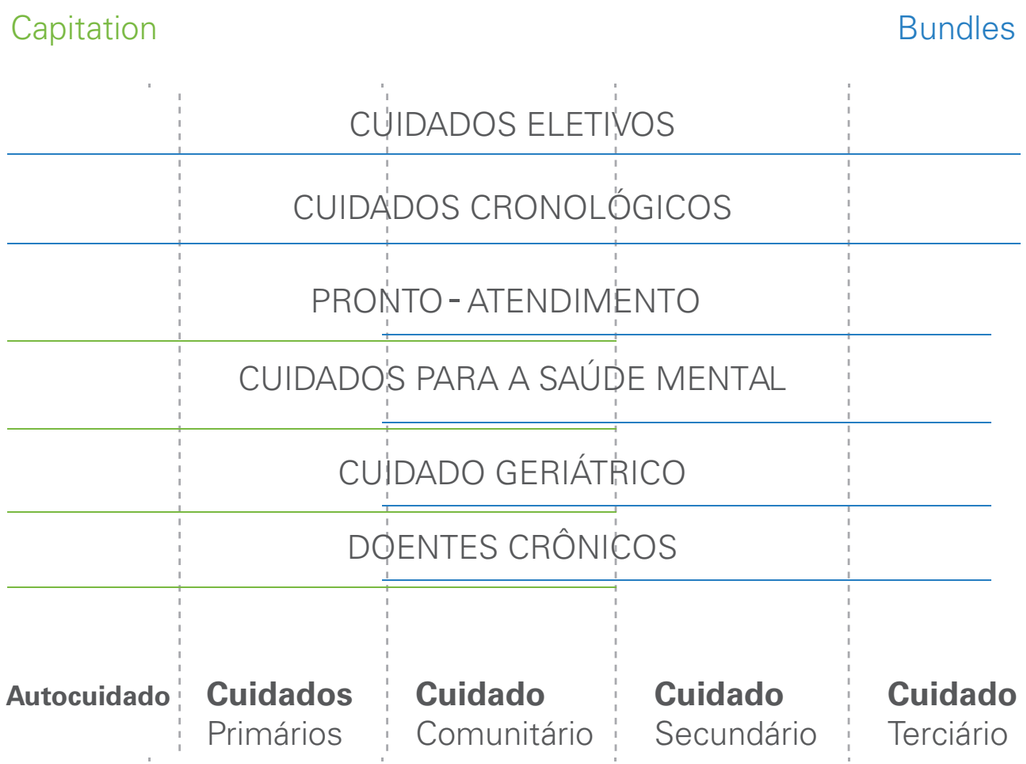
O serviço de maternidade, por exemplo, tem sido amplamente utilizado em pilotos e implementações de VBP, dado sua previsibilidade clínica e protocolos bem definidos. Nele, todas as consultas e exames, desde o Pré-natal até os primeiros meses de vida do bebê, são pré-definidos e precificados. Tem sido comum também, como meta passível à bonificação, prestadores reverterem a proporção de cesarianas versus parto normal, gerando economia à fonte pagadora. Em sistemas maduros, tal saving tem sido compartilhado com o prestador.

Outro exemplo onde o Bundle tem sido efetivo é na artroplastia de joelho, no qual o ato cirúrgico e o pós-operatório, incluindo reabilitação e fisioterapia, são colocados em um mesmo Bundle de serviço. As métricas de desfecho nesse caso podem estar amarradas com todo o ciclo de recuperação do paciente, com métricas associadas tanto a complicações quanto a medidas de desfecho reportadas pelo paciente no retorno a atividades diárias.

Prestadores de serviço eliminam redundância e aumentam sua eficiência através da uniformização e da padronização dos protocolos. Em contrapartida, o modelo em Bundle não necessariamente se aplica a todos os casos clínicos e deve ser considerado versus esforço operacional que ele exige. O controle e a coleta de dados são cruciais para o acompanhamento dos casos, o que, muitas vezes, pode dificultar a implementação. Outro ponto de atenção é a necessidade de validação e acompanhamento de Bundles para múltiplos episódios.

COALIZÃO SAÚDE

Modelo de pagamento x tipo de cuidado



CAPITATION

O modelo Capitation é uma forma de pagamento em que prestadores são remunerados tendo como base o custo histórico obtido para uma população em determinado tipo de serviço. Nesse modelo, a fonte pagadora remunera o prestador a um valor fixo por indivíduo, para um grupo de vidas atendidas para um determinado tipo de serviço, independentemente do nível de utilização ou complicações ocorridas. Ao contrário do Fee-For-Service e dentro de uma perspectiva de risco, o modelo Capitation transfere praticamente todo o risco para o lado do prestador. É fundamental que se conheçam e gerenciem os riscos absorvidos, pois senão pode haver risco de insolvência do prestador, o que seria prejudicial a toda cadeia.

Como vantagem, prestadores conseguem ter uma melhor previsibilidade de receita e, por consequência, um maior controle sobre o orçamento. Porém, em casos onde o histórico de informação de custos da população seja impreciso e / ou onde riscos sejam difíceis de medir, tal modelo pode falhar ao ser aplicado. Portanto, estratificar a população-alvo entendendo seu custo e jornada completa de forma histórica é altamente relevante para a utilização desse tipo de modelo de pagamento, o que, ao mesmo tempo, pode dificultar o mapeamento e a previsão de riscos.

Uma forma eficiente de mitigar risco ao utilizar o Capitation é estender sua população-alvo para subgrupos ou utilizar esse método em casos de pouca variação clínica. Nesse cenário, tem-se notado o uso dessa modalidade com sucesso na atenção básica ou pronto-atendimento.

Se, por um lado, o Fee-For-Service tem como característica o incentivo à utilização de serviços médicos, por outro, o Capitation tem como risco o incentivo a um racionamento do serviço assistencial potencialmente gerado, aumentando tempo de espera por serviços e diminuindo valor ao paciente. Por existirem estes incentivos, nesta arquitetura é importante estabelecer, medir e garantir que padrões de qualidade sejam entregues para a população atendida por este modelo de Capitation.

COALIZÃO SAÚDE

ORÇAMENTO GLOBAL

Dentro dos quatro modelos, o Pagamento por Orçamento Global tem sido o menos utilizado na transformação para uma remuneração orientada a valor. Sua lógica se assemelha à de um grande orçamento utilizado para vários tipos de serviços prestados. Nesse caso, a fonte pagadora remunera os prestadores ao longo do tempo, em diferentes e predeterminados intervalos, por uma série de cuidados realizados a uma população escolhida.

Ao contrário do Capitation, o modelo de Orçamento Global é utilizado para um grande número de procedimentos (eletivos ou não) e atendimentos realizados por um mesmo prestador. Nesse modelo também não há estratificações populacionais aliadas a diferentes escopos de serviço, ou seja, todo serviço prestado para uma população é colocado dentro de um grande orçamento. Indicadores clínicos de qualidade são, mesmo assim, estabelecidos para aquela grande população e alguns serviços.

As Organizações Sociais (OSs) servem como um bom exemplo de pagamento utilizando Orçamento Global. Essas entidades são geridas de forma privada e recebem verba pública de acordo com sua performance e valor gerado para aquela população e dentro de uma série de escopos de serviços. O contrato de gestão entre as partes definirá quais métricas de desfecho e que tipo de valor deverão ser produzidos para aquela população específica. A transparência entre governo e iniciativa privada é um pré-requisito para que o modelo prospere, assim como uma análise delicada dos custos dentro do grupo assistido.

Embora o orçamento global ofereça previsibilidade financeira e flexibilidade ao prestador, ele pode ser refém de uma demanda maior não prevista, gerando ineficiência no cuidado ao paciente. Outro fator negativo é que esse modelo pode incentivar prestadores a não inovar e evitar pacientes de maior complexidade. Assim como Capitation e dependendo do contrato acordado, a previsibilidade de receita pode suprir uma necessidade imediata de caixa e não necessariamente ser usada para gerar valor à população-alvo, o que torna o modelo potencialmente insustentável. Conhecimento profundo da população adstrita é altamente recomendado, assim como os custos envolvidos em todos os escopos de serviço que fazem parte do orçamento global. Caso contrário, o reembolso não atenderá às necessidades de serviços a serem prestados para a população-alvo e as variações dentro do grupo não serão consideradas.

COALIZÃO SAÚDE

FFS+P4P	BUNDLES	CAPITATION	ORÇAMENTO GLOBAL
Pagamento por cada unidade de atividade a um prestador individual.	Pagamento por episódio clínico do paciente em um ou mais prestadores.	Pagamento fixo por individuo, para um conjunto de serviços definidos.	Pagamento único pelo atendimento total da população servida por um prestador.
Prós: Incentiva o tratamento e estimula a produtividade.	**Prós:** Incentiva a coordenação e aderência a protocolos de atendimento.	**Prós:** Previsibilidade de receitas para o prestador.	**Prós:** Previsibilidade de gastos e relativa simplicidade gerencial.
Contras: Utilização desnecessária e fragmentação de serviços.	**Contras:** Complexidade de implementação.	**Contras:** Racionamento de serviços assistenciais, transferência excessiva de risco ao prestador.	**Contras:** Racionamento de serviços, ineficiência e difícil gestão de risco.
Exemplo: consulta médica.	**Exemplo:** artroplastia de joelho.	**Exemplo:** atenção básica.	**Exemplo:** Orçamento único hospitalar de OSs.

COALIZÃO SAÚDE

DRG, IPG e Modelos de Pagamento Baseados em Valor

DRG (Diagnostics-Related Groups) é um sistema estatístico de classificação de internação de pacientes em grupos para fins de pagamento. DRG e outros sistemas similares (chamados de "DRG-like") classificam pacientes em categorias distintas com base em diagnósticos e procedimentos primários semelhantes. Além do diagnóstico primário, complicações e comorbidades (por exemplo, infecções) podem afetar a atribuição de um DRG. Sistemas como DRG podem servir de base para definição de casemix e escopo de serviço. DRG também é um mecanismo que permite ajuste de riscos populacionais.

DRG pode ser um passo na direção da implementação de Pagamentos Baseados em Valor, pois ele ajuda a mover o reembolso hospitalar para um pagamento único por estadia com base nos custos esperados. No entanto, a implementação de DRG não é um passo suficiente para sozinho ser considerado um modelo baseado em valor.

DRG cria fortes incentivos para a eficiência hospitalar, mas precisa ser combinado com medidas de desfecho de cuidados para garantir que as economias de custos não comprometam a qualidade e para que efetivamente criem valor. Por isso, países com modelos DRG-like já solidificados implementam medidas paralelas de garantia da qualidade (nos EUA o Medicare contrata organizações terceiras para auferir a qualidade dos cuidados prestados; no Reino Unido, o NICE reforça diretrizes clínicas; e a Comissão de Saúde monitora hospitais em métricas de desfecho).

Além disso, é importante entender que a implementação de DRG não é condição necessária para a implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor (embora o tipo de dado e a capacidade organizacional necessários para se implementar DRG sejam similares aos necessários para a implementação de pagamentos por Bundle e outros Modelos Baseados em Valor).

O IPG (Inpatient Grouper) é uma metodologia de agrupamento de casos internados desenvolvidos pela Optum. Para a classificação utiliza dados obrigatórios da guia TISS (CID de alta, procedimentos realizados e idade do paciente) e, através de lógica de compilações desenvolvidas para o mercado de saúde brasileiro, classifica cada internação em um grupo de diagnósticos/procedimentos com semelhanças clínicas e com relação ao perfil de consumo de recursos. A metodologia foi inspirada no MS-DRG americano e construída exclusivamente para o sistema de saúde brasileiro.

4.4 MEDIDAS DE DESFECHO

Indicadores bem definidos que possuam relevância, principalmente clínica, conectarão a assistência com o modelo de pagamento escolhido para a população-alvo determinada. Estabelecer tais medidas que impactarão diretamente o desfecho clínico e que servirão de base de modulação para a remuneração do serviço prestado é imprescindível e algumas variáveis devem ser consideradas.

É importante não escolher uma quantidade grande de indicadores que pode sobrecarregar o prestador, gerando processos e burocracias que nem sempre terão relevância na migração de modelo e geração de valor. Portanto, deve-se limitar o número de indicadores relevantes, mantendo o controle com dados coletáveis e pertinentes.

Dependendo do escopo dos serviços, da viabilidade e acessibilidade dos dados, pode-se considerar formas inovadoras de medidas de resultado, como, por exemplo, medir a empregabilidade de pacientes que sofriam de dificuldades de aprendizagem e que passaram por um tratamento. Dados que garantam reprodutibilidade e repetibilidade também contribuem para a melhora contínua do serviço prestado com base no valor, já que a performance em diferentes ocasiões pode ser comparada. Dependendo da publicidade e transparência, desfechos de diferentes prestadores também poderiam ser comparados, fomentando uma comparação entre diferentes entidades e, naturalmente, estimulando a melhora da qualidade em uma rede de prestadores.

Vale ressaltar também que, à medida que o novo modelo for amadurecendo, pode-se implantar gatilhos para cada indicador ao invés de se seguir apenas em um método binário que considera se o resultado foi atingido na sua integralidade.
Embora dados ligados aos desfechos (lagging indicators) sejam preferíveis quando se desenha um novo modelo de VBP, informações do processo (leading indicators) também podem auxiliar. Em Oncologia, por exemplo, em alguns tipos específicos de câncer, onde há uma dificuldade de conexão com uma remuneração baseada em valor, são usados dados mais processuais ou leading indicators como intervalo de tempo para se iniciar o tratamento ou ainda tempo de espera para alguns exames-chave que determinarão o tratamento oncológico.
A padronização e transparência de indicadores é fundamental, pois permite que se compare performance entre provedores e médicos e não apenas com desempenho passado. Desta forma, são criados incentivos de contínuo aperfeiçoamento em toda a cadeia.

4.5 MONITORAMENTO E DADOS

A qualidade dos dados servirá como base para uma transformação no modelo de pagamento. Para que essa mudança seja feita de forma sustentável e viável, é fundamental que os dados sejam, dentro do possível, analisados em profundidade, com granularidade em nível do paciente. Manter essa análise apenas em nível de grupos populacionais pode não gerar o impacto necessário junto às medidas de qualidade, custos e jornada completa do paciente em todo o ciclo de cuidado.

À medida que se chega ao nível do paciente é fundamental ter políticas e processos que garantam a privacidade e proteção destes dados.

Garantir a integridade, segurança e acuracidade dos dados é uma parte crítica para o bom funcionamento de VBP. Processos de auditoria dos dados que possam ocorrer de forma aleatória com intuito de educar os times responsáveis, fortalecer os processos e sistemas internos e expor fraudes podem contribuir para uma maior confiança e transparência entre os atores.

Ao mesmo tempo, sabemos da dificuldade do setor de saúde não só para acompanhar, coletar e atualizar informações do paciente, mas também para compartilhar esses dados com outros atores da cadeia. Nesse sentido, tanto monitoramento quanto coleta e análise de dados dependerão de transparência, processos, compartilhamento e tecnologia.

4.6 COMPARTILHAMENTO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO

A transformação de um modelo orientado ao volume de serviços para um que tenha como base o valor impacta diretamente os riscos, que, entre os atores da cadeia de saúde, podem ser compartilhados ou transferidos. A transferência desses riscos está, conforme mencionado anteriormente, diretamente ligada à arquitetura do modelo escolhido.

Recomenda-se que a transferência ou compartilhamento de risco seja feito de modo gradativo, respeitando o amadurecimento e a capacidade dos atores. O risco pode ser compartilhado entre todos os atores - fonte pagadora, hospitais, profissionais de saúde, indústria, e outros.
Em alguns países, pagamentos em Bundle já estão sendo implantados dessa forma, onde, de acordo com a evolução entre as partes, os riscos são transferidos aos poucos de forma a respeitar a adaptação ao novo sistema de pagamento. Isso facilita a transformação e encoraja os envolvidos a darem os primeiros passos em direção a um pagamento com base no valor gerado aos pacientes.

Equilibrar esses riscos requer maturidade e contribuirá para possíveis ajustes, mesmo que durante a mudança de modelo. Todavia, em um cenário no qual a desconfiança tem predominado, a transparência terá um poder transformacional na evolução da maturidade do sistema de saúde.

Saber o tamanho do risco obviamente é importante e a qualidade dos dados tem um papel fundamental nessa análise. Se não conhecermos nossa população, custos, desfechos, assim como toda a sua jornada, certamente os stakeholders não terão certeza do tamanho do risco que estão assumindo, o que, naturalmente, enfraquece o engajamento e a sustentabilidade das negociações no longo prazo. Definição de responsabilidades em uma matriz bem definida poderá contribuir para um bom andamento em todo o processo de mudança.

Os tipos de riscos compartilhados podem ser:

1. Shared Saving (Ganhos compartilhados): A organização continua sendo paga no modelo tradicional de Fee-For-Service, mas, ao final do ano, o gasto total é comparado com uma meta; se os gastos foram menores do que esta meta, pode ser compartilhada parte ou a totalidade da economia na forma de bônus.

2. Shared Risks (Perdas compartilhadas): A organização continua sendo paga no modelo tradicional de Fee-For-Service, mas, ao final do ano, o gasto total é comparado com uma meta; se os gastos forem maiores do que esta meta, pode ser compartilhada parte ou a totalidade da perda na forma de penalidade.

3. Downside Sharing: A organização recebe um valor fixo para um determinado episódio de cuidado e caso ocorram complicações acima do esperado os custos daquela complicação podem ser compartilhados entre os atores ou totalmente transferidos para o provedor de serviço.

4. Upside Sharing: A organização recebe um valor fixo para um determinado episódio de cuidado e, caso as taxas de complicação sejam abaixo da média para aquele tratamento, as economias geradas podem ser compartilhadas entre os atores ou totalmente transferidas para o provedor de serviço.

COALIZÃO SAÚDE

Matriz de maturidade na mudança do modelo de pagamento

Nível de maturidade	Contratação
5	**Contratos Contingentes** Contratos com diferentes prestadores que estimulem a assistência coordenada através de diferentes modelos de pagamento como todo o risco compartilhado.
4	**Contratos Coordenados** Contratos coordenados para entrega do serviço assistencial | Pagamentos diferenciados baseados nas métricas de desfecho | Compartilhamento dos savings e de risco financeiro.
3	**Pagamentos com orçamento compartilhado** Pagamentos em Bundles por episódio clínico com métricas de desfecho com compartilhamento de savings.
2	**Pagamentos Agrupados** Pagamentos em Bundles por episódio clínico com métricas de desfecho.
1	**Pagamento por Performance** Pagamento por performance em bônus adicional por indicador de qualidade alcançado.
0	**Fee-For-Service** Fee-For-Service para entrega de serviço de forma fragmentada por um único provedor.

COALIZÃO SAÚDE

4.7 MITIGAÇÃO DE RISCO

A lógica para uma mitigação de risco segue a mesma do compartilhamento. Portanto, maturidade e transparência são variáveis importantes. Todo risco só poderá ser mitigado se devidamente identificado e se houver um conhecimento da sua população e dos dados clínicos, demográficos e epidemiológicos, assim como as possíveis variações dos perfis.

Além desses fatores, implementação gradual de um novo modelo também colabora para a mitigação do risco, já que há um período de acompanhamento e monitoramento onde se pode ter, através de dados e reportes, uma visão da evolução do novo modelo. Um exemplo é atrelar o Fee-For-Service a alguns indicadores de performance, monitorar os resultados e não necessariamente remunerar o prestador com base nos desfechos.

Inicialmente o pagamento pode ser apenas pela reportagem dos dados, desta forma, incentivando a criação de processos de monitoração de indicadores clínicos e compartilhamento dos mesmos.

Nesse cenário, haveria um período de adaptação, maturação e monitoramento até que todos estejam confortáveis para o reembolso pelo serviço prestado e este esteja integralmente conectado ao valor gerado ao paciente.

Importante, também, entender os conceitos de Moral Hazard e dos 4 Rs, a saber: Risk Adjustment, Risk Corridors, Risk Caps e Reinsurance.

Moral Hazard é a premissa de que pessoas com Seguro Saúde tendem a usá-lo em excesso pelo simples fato de ter direito. Um mecanismo comum para neutralizar este efeito é definição de coparticipação com as operadoras de saúde e engajamento do paciente em seu tratamento.

Risk Adjustment é um processo para minimizar o risco de problemas relacionados à assimetria das informações. Estes problemas são: 1. Seleção Adversa ou Adverse Risk Selection: na qual os atores terão incentivos para transferir risco de populações com maior necessidade de cuidados de saúde. 2. Seleção do Risco ou Cherry Picking: No qual prestadores de serviço de saúde terão incentivos de evitar pacientes com maiores riscos de complicação.
Para mitigar estes riscos é importante maior transparência e profundidade de conhecimento das populações e escopos definidos para evitar comportamentos indesejados dos atores.

Risk Adjustment interrompe estas dinâmicas fazendo exatamente o que o nome sugere. Ele ajusta por diferenças de grupos de pacientes, recompensando mais tratamento de grupos de pacientes com riscos de complicações maiores do que outros.

Para tanto é importante ter mecanismos para nivelar o conhecimento dos riscos por grupo de pacientes. O DRG, por exemplo, é uma metodologia que agrupa pacientes por grupo de diagnóstico e pode contribuir para realizar o ajuste de risco em uma população.

Outro risco a ser mitigado é uma grande variabilidade nos resultados ou a ocorrência de casos catastróficos e com custos altíssimos.
Por um lado, é necessário que existam esforços para implantação de processos assistenciais robustos, adesão a protocolos baseados em evidência, educação profissional constante e centralização do tratamento em centros de excelência com profissionais com resultados comprovados.

Por outro lado, é possível estabelecer Risk Corridors ou corredores de risco, que limitam os upsides e downsides a limites estatísticos esperados, por exemplo: Se o prestador tiver uma margem 3% acima ou abaixo do esperado, ele mantém os ganhos e absorve os prejuízos. Entretanto, se ele fizer entre 3% ou 8% mais do que o projetado, ele fica com metade dos ganhos ou é indenizado em metade dos prejuízos acima dos 3%. Finalmente, se as perdas e ganhos superam 8%, os prestadores não recebem ou enviam 80% das perdas ou ganhos que excederem 8% dos resultados esperados.

Pode-se definir também Risk Caps que limitam potenciais perdas ou ganhos e assim garantem a solvência financeira dos atores no caso de grande variabilidade dos resultados esperados.

Finalmente, pode-se utilizar o Reinsurance ou mecanismo de resseguro para absorver impactos financeiros que alguns casos catastróficos podem provocar. Resseguro é exatamente fazer um seguro com uma empresa resseguradora contra casos catastróficos. Neste caso quem absorve o risco paga um prêmio à empresa resseguradora que irá cobrir as despesas nestes tipos de casos.

COALIZÃO SAÚDE

Elemento-chave	Fatores para mitigação de risco
População-alvo / Coorte	Conduzir análise populacional detalhada, com entendimento da progressão histórica e mix de casos. Iniciar com episódios clínicos de baixa variabilidade
Escopo de serviços	Utilizar protocolos validados. Iniciar por serviços sob responsabilidade direta e da especialidade "core" do prestador
Arquitetura do modelo	Iniciar com modelos onde não há compartilhamento de riscos Considerar transferência de risco gradual
Medidas de desfecho	Utilizar medidas de desfecho validadas. Iniciar por um número limitado de medidas críticas e de fácil coleta.
Monitoramento de dados	Monitorar e compartilhar dados com frequência e transparência.

5. FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Quando trazemos Modelos de Pagamento Baseados em Valor para uma realidade executiva na qual muitas vezes pode haver uma desconexão com a teoria, entender, através de boas práticas, quais os principais desafios e ameaças que a transformação no modelo de pagamento poderá enfrentar é, sem dúvida, um fator importante. Deste modo, olhar para sistemas de saúde no mundo que realizaram a transformação pode ajudar e trazer uma visão que se ajuste e respeite as peculiaridades do sistema brasileiro, o que é imprescindível para o sucesso na mudança.

Dentro dessa mesma lógica, tentar entender de antemão os fatores críticos de sucesso para implementação de novos modelos no Brasil, incluindo as possíveis limitações de recursos, sejam eles humanos ou técnicos, pode ajudar a diminuir os riscos e aumentar os acertos na sua implementação.

Definir os pontos críticos que podem ser barreiras para o sucesso da transformação, assim como determinar proposições para sobrepor tais barreiras, certamente contribuirá para uma transição com maiores chances de sucesso. A importância do engajamento de todos os players da cadeia de saúde nestes pontos críticos de sucesso não pode ser subestimada. Transparência e trabalho conjunto estarão na base deste sucesso.

Pela complexidade da mudança durante esta fase de transição, é fundamental delimitar claramente quais partes da operação operam em quais modelos. Tentar coexistir os dois dentro de uma mesma operação pode ser muito pouco efetivo. Deve haver esta delimitação, seja fisicamente, por tipo de episódio de cuidado, seja por tipo de paciente.

5.1 CAPITAL HUMANO

Ponto crítico

A transformação que nosso sistema de saúde está passando com a transição de Modelos Fee-For-Service para Modelos de Pagamento Baseados em Valor é bastante significativa e afeta todos os aspectos da cadeia de saúde. Para ter sucesso, as organizações terão de se adaptar rapidamente. Liderança forte é essencial para conduzir o processo de mudança utilizando metodologias de gestão de mudanças - change management.

Importante, também, reconhecer que o perfil da própria liderança sofrerá importantes alterações. O perfil do líder de sucesso em um ambiente de FFS inclui ser mais controlador, com baixa tolerância à ambiguidade e a correr riscos e com foco em eficiência e sistematização, enquanto o perfil do líder de sucesso em VBC inclui flexibilidade, tolerância à ambiguidade e a correr riscos, resiliência e maior grau de curiosidade. Ambos têm um grande direcionamento a resultado.

Mas não é apenas a liderança que precisará se adaptar. O corpo clínico precisará entender o seu papel em um novo contexto e toda a equipe técnica e de apoio administrativo precisará desenvolver novas capacidades para contribuir para a transição de modelo. O engajamento de todo o corpo clínico e não clínico ligados de alguma forma ao serviço assistencial também é fundamental para o sucesso de um novo modelo de pagamento. Parte da equipe operacional precisa ter seu papel e responsabilidades adaptados e alinhados aos novos modelos de pagamento, escopo de serviços e métodos de coleta de métricas de desfechos.

O engajamento de todo o corpo clínico e não clínico ligado de alguma forma ao serviço assistencial também é fundamental para o sucesso de um novo modelo de pagamento. Parte da equipe operacional precisa ter seu papel e responsabilidades adaptados e alinhados aos novos modelos de pagamento, escopo de serviços e métodos de coleta de métricas de desfechos

Proposição

Quanto à liderança, as organizações, apoiadas pela equipe de RH, devem realizar um mapeamento do perfil de seus líderes que irão conduzir as mudanças em direção a Modelos de Pagamento Baseados em Valor para ter clareza dos gaps dos mesmos em relação ao novo perfil e definir planos de ação para gerenciar estes gaps.

As melhores práticas de gestão de mudança também devem ser colocadas nesta transformação, a saber: 1. Selecionar a liderança correta para fazer a mudança; 2. Fazer a mudança desejada e relevante para todos os níveis da organização, através de uma comunicação que traga sentido para cada um dos grupos; 3. Encontrar embaixadores da mudança dentro da organização; 4. Planejar bem todas as etapas para evitar frustações na implementação; 5. Antecipar as mudanças para todos terem tempo de absorvê-las, comprá-las e implementá-las em um período do ano que seja favorável a todos. 6. Dar tempo para que todos os empregados se adaptem ao novo modelo e buscar feedback constante para fazer ajustes.

Quanto ao corpo clínico e à equipe técnica, será importante o desenvolvimento de uma matriz de competências gerenciais e técnicas em conjunto entre os elos da cadeia de saúde e instituições líderes na área de formação profissional específica para implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Esta matriz deverá considerar as seguintes áreas:

I. Entendimento, adaptação e implementação de métricas de qualidade.
II. Implementação de sistemas e processos para coleta e análise de dados.
III. Desenvolvimento e implementação de processos gerenciais.
IV. Gerenciamento de risco e métodos atuariais.
V. Manejo integrado do paciente e de processos de cuidado (envolvimento do corpo clínico).
VI. Desenvolvimento de modelos de pagamento e reconhecimento alinhados, com foco no valor.

COALIZÃO SAÚDE

5.2 PROCESSOS

Ponto crítico

Dentro de todos os pontos críticos, os impactos em fluxos e processos talvez sejam os mais subestimados. A consequência que a mudança no modelo de pagamento pode causar nesse sentido pode ser significativa, atrapalhando e muitas vezes impossibilitando a migração e minando a confiança entre os agentes do sistema.

Para agravar, a forma como o sistema está desconectado e a alta carga burocrática nos processos administrativos dificultam ainda mais a implantação de qualquer nova ferramenta no setor. Processos redundantes e conflitantes, juntamente com fraude, geram uma alta ineficiência e dificuldade na comunicação entre os players que já não operam com grande transparência. Aliado a isso, o fato de Modelos de Pagamento Baseados em Valor envolverem a transferência e o compartilhamento de riscos faz com que processos se tornem ainda mais críticos, pois afetam não só a eficiência operacional, mas também podem ter um impacto financeiro significativo nas partes envolvidas.

Proposição

Excelência operacional atrelada a mapeamento dos processos tem se provado eficiente dentro do setor de saúde. Assim sendo, o conceito Lean, já maduro em outras indústrias, pode ser aplicado tanto em procedimentos administrativos quanto na jornada do paciente, minimizando o risco de processos e fluxos lentos e burocráticos.

Além disso, tecnologia certamente pode garantir maior celeridade aos processos. Um ambiente compartilhado de informações devidamente regulado também contribuirá para uma maior agilidade e diminuição de redundâncias.
Especificamente propomos:

Transição gradual e cuidadosa do sistema atual de Fee-For-Service para outros Modelos de Pagamento Baseados em Valor, onde se possa testar a eficiência dos processos existentes e a adequação do modelo escolhido com risco reduzido para as partes e com possibilidade de aprimoramento contínuo de processos. Alguns pontos a serem considerados nesta transição gradual incluem:

a) Implementação, validação e monitoramento de medidas de desfecho relevantes ao modelo a ser implementado, como uma etapa crítica, prévia à implementação de pilotos.

b) Implementação de pilotos em áreas terapêuticas, populações ou serviços de escopo inicialmente limitados com gradual expansão na medida em que processos e sistemas sejam validados.

c) Considerar implementação de pilotos inicialmente em áreas terapêuticas, populações ou serviços com relativa baixa variabilidade clínica para facilitar transição de processos e o gerenciamento de risco (por exemplo, cirurgias eletivas e atendimento preventivo ou profilático).

d) Implementação gradual de compartilhamento de risco, se iniciando por pagamento por reportagem de métricas de desfecho e, somente após consolidação dos processos envolvidos na apuração de métricas, uma evolução para formas mais complexas de compartilhamento de riscos.

e) Implementação de inicial da contabilização de pagamento por valor (por exemplo, por Bundle ou por Capitation, em paralelo à contabilização tradicional de Fee-for-service para permitir identificação de riscos financeiros para hospitais e pagadores e melhor definição de modelos de compartilhamento de risco. Considerando que a curva de aprendizado, o perfil de tomada de risco, o desconhecimento de todas as variáveis envolvidas, ou mesmo casos catastróficos poderão levar à insolvência de alguns prestadores de serviço prejudicando toda a cadeia, é importante o estabelecimento de teto de nível de risco financeiro que os prestadores de serviço poderão compartilhar ou assumir. Neste sentido, o compartilhamento de informações, melhores práticas no gerenciamento de risco entre as instituições, e como se adaptam à realidade do país, será fundamental.

Estas medidas permitem a possibilidade de adaptação gradual dos processos, com menores riscos para hospitais e pagadores e consequentemente menos stress para as organizações, mitigando potenciais impactos negativos para o atendimento do cidadão durante o período de transição de modelos e consequente ajuste de processos.

COALIZÃO SAÚDE

5.3 TECNOLOGIA

Ponto crítico

Considerando toda a realidade brasileira, principalmente dos prestadores de serviço, dificuldades ainda básicas com relação a tecnologia e infraestrutura são um fator crítico na implementação de novos Modelos de Pagamento Baseados em Valor. A falta de integração entre sistemas de informação, não só entre diferentes entidades, mas também muitas vezes dentro da própria organização, também é uma barreira. Ainda existe uma resistência do setor em implantar e aceitar a tecnologia como uma ferramenta que apoiará o serviço assistencial em todos os seus níveis e ainda são poucas as entidades que assumiram que a tecnologia bem aplicada pode gerar economia e melhor serviço ao cidadão.

Proposição

Uma infraestrutura adequada de tecnologia de informação é fundamental para a implementação adequada de Modelos de Pagamento Baseados em Valor - captura, análise e agregação adequadas de métricas de desfecho, dados do paciente, coorte e população, bem como análise conjunta e cruzamento de informações clínicas e de custos com integração de múltiplos sistemas de informação do prestador são apenas alguns exemplos de onde IT se faz fundamental.

Além disso, a integração (interoperabilidade) entre os sistemas dos prestadores (muitas vezes múltiplos prestadores) e pagadores também é fundamental para implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor, em que análise conjunta e transparência de dados se faz fundamental. Conceitos e soluções de IT como armazenamento de Big Data em nuvem têm sido uma solução eficiente para garantir a segurança e o compartilhamento da informação. Dessa forma, a qualidade do serviço, seu custo e a tomada de decisão podem ser facilitados e a geração de valor, assim como a integração da cadeia, menos complexa.

Proposições específicas nesta área incluem:

a) Adaptação e aprimoramento dos sistemas de IT como uma parte intrínseca e estratégica na transição para Modelos de Pagamento Baseados em Valor;

b) Profissionais de IT (e Qualidade, quando apropriado), desde o início das discussões de pilotos de novos modelos de pagamento, com um olhar para a possibilidade de expansão de modelos e investimentos em IT necessários a longo prazo;

c) Considerar investimentos conjuntos e compartilhados na melhoria da interoperabilidade dos sistemas entre pagadores e prestadores, na medida em que forem necessários para implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor;

d) Definição de padrões de dados no mercado brasileiro para reduzir custos de integração;

e) Promover sistema de prontuário eletrônico único e integrado para sistemas públicos e privados.

COALIZÃO SAÚDE

5.4 ALINHAMENTO ENTRE OS ATORES

Ponto crítico

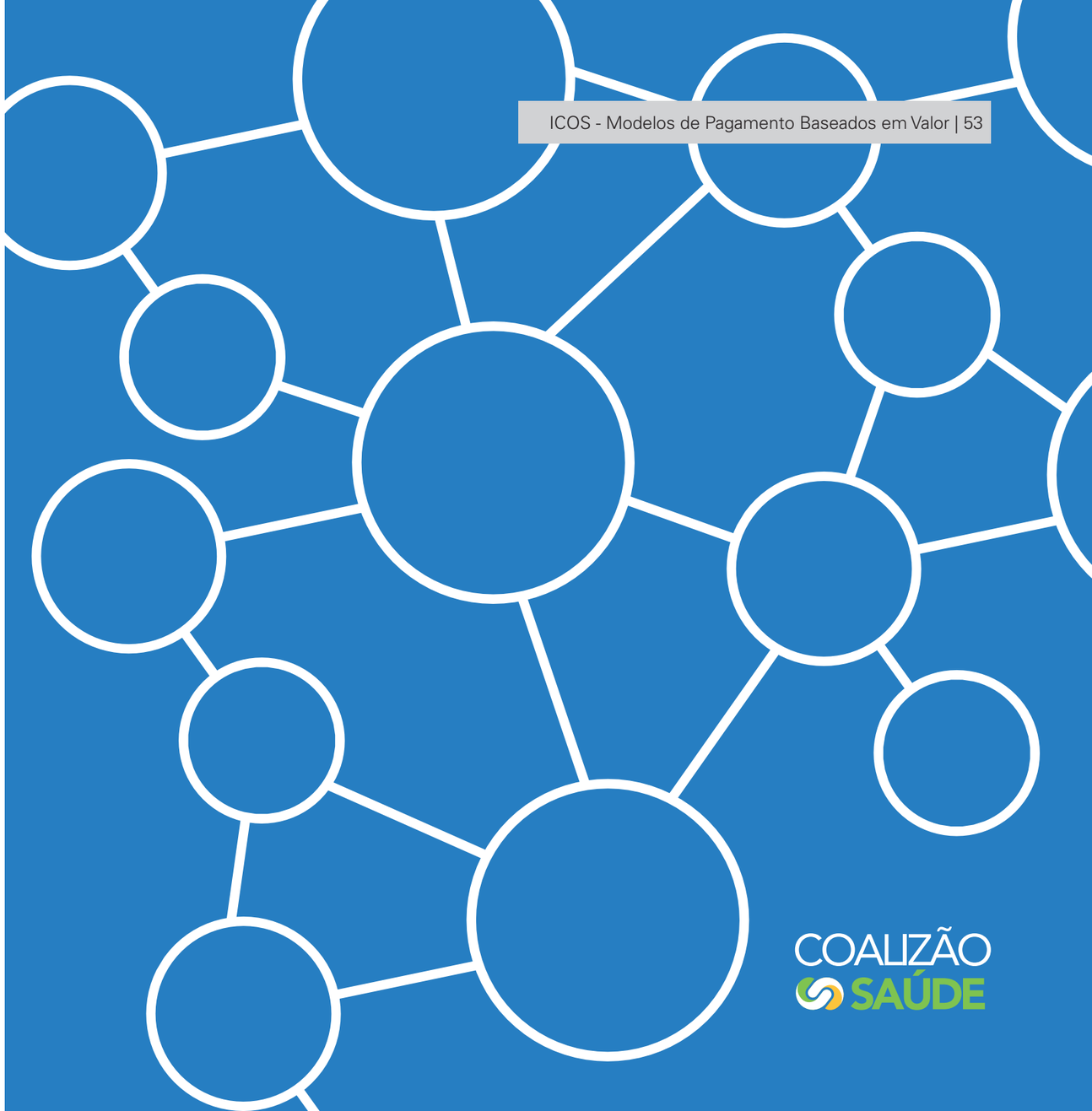
Os incentivos financeiros desalinhados da cadeia da saúde fazem muitas vezes com que os seus atores tenham interesses distintos, causando ruptura e destruição de valor. Tal distância causa ruído na comunicação, desconfiança, fraude e falta de transparência. A mudança cultural para uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator de sucesso para que VBP vingue e prospere na cadeia.

Proposição

O processo de implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor pode ser um catalisador na construção de uma visão conjunta e consequentemente maior alinhamento e confiança entre os agentes. Para aumentar o entendimento entre os atores é importante:

a) Inclusão de todos os atores no desenvolvimento destes modelos e engajamento dos mesmos desde o início. A tendência natural é que o desenvolvimento destes modelos se restrinja às operadoras de saúde e aos prestadores de serviço. Para aumentar a chance de sucesso é importante envolver também a indústria, os profissionais de saúde e as lideranças das empresas que contratam as operadoras de saúde.

b) Criação de pilotos que tenham como base os pilares e fundamentos de VBP utilizando boas práticas pode servir como um exercício de estímulo para alinhar os interesses e incentivos entre os stakeholders de toda a cadeia. A implementação gradual via pilotos, com gerenciamento a alinhamento de governança conjunta (por exemplo, com a formação de um Comitê Técnico conjunto para definição de métricas e processos), pode ser um primeiro passo importante.



5.5 REGULAMENTAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Ponto crítico

O engajamento e a participação do governo e de suas agências reguladoras desempenham um papel sempre crucial na saúde. A área de novos Modelos de Pagamento ainda está surgindo e se desenvolvendo e o papel de fomentador e incentivador do governo é muito importante. Existem alguns temas específicos onde este papel de fomentador se faz ainda mais crítico, por exemplo, na definição de padrões de métricas de desfecho onde o alinhamento beneficiaria a cadeia de saúde. Assim como, por exemplo, a definição do padrão 3G na telefonia celular ou do padrão utilizado na TV digital beneficiou seus respectivos setores, o papel de fomento ao desenvolvimento, adaptação e implementação de métricas nacionais de desfecho, em parceria com os setores relevantes, pode ser muito benéfico para o desenvolvimento de Modelos Baseados em Valor.

Proposição

No papel de fomentador da adoção destes Modelos de Pagamento Baseados em Valor, o Ministério da Saúde e a ANS podem contribuir para a criação de uma visão de longo prazo para transição para este modelo, incluindo incentivos para adoção voluntária de modelos alternativos de pagamento, tanto no setor público como no setor privado, com metas estabelecidas conjuntamente, seguindo exemplo de outros países. Estas metas devem refletir o fato de que vários modelos podem e devem conviver, de que novos modelos irão surgir, e que continuará havendo espaço para o tradicional FFS. Os incentivos para adoção poderiam ser criados através de benefícios fiscais ou de créditos em relação a passivos que os atores tenham com o governo e por programas de qualificação promovidos com financiamento direto do setor privado.

Quanto à padronização de métricas de desfecho e de classificação de grupos de diagnóstico - uma das grandes dificuldades dos prestadores de serviços com relação à implementação de modelos de pagamento em outros países se encontra em reportar aspectos de qualidade e classificação de grupos de diagnóstico distintos para pagadores distintos servidos por um mesmo prestador. Reportagens múltiplas de métricas de desfecho requerem investimentos redundantes e muitas vezes proibitivos para os prestadores. Além disso, a implementação de métricas existe para direcionar e incentivar comportamentos específicos no atendimento clínico e na prática médica. A existência de múltiplas métricas pode comprometer este objetivo de mudança de comportamento.

Finalmente, o Brasil é um país de excelência em diversas áreas da saúde. A implementação de métricas de desfecho alinhadas com as melhores práticas adotadas internacionalmente pode facilitar comparadores internacionais, desenvolvimento de pesquisa e ajudar a inserir o país ainda mais no contexto de harmonização internacional da saúde. Especificamente, recomendações quanto ao fomento de métricas de qualidade pelo Ministério da Saúde e pela ANS incluem:

a) Criação de uma comissão mista para identificação, seleção e publicação de guias de métricas de desfecho e classificação de grupos de diagnóstico adaptados ao Brasil e alinhados com melhores práticas internacionais, quando já existirem métricas de desfecho validadas internacionalmente.

b) Divulgação de melhores práticas na implementação de métricas de qualidade e reconhecimento público das instituições (prestadores e pagadores) na vanguarda da implementação de indicadores selecionados.

c) Implementação de métricas de qualidade nos hospitais públicos de administração direta.

d) Determinação que prestadores privados adotem as métricas validadas, caso venham a implementar um Modelo de Pagamento Baseado em Valor.

COALIZÃO SAÚDE

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil e o mundo enfrentam grandes desafios que exigem o aprofundamento da reforma dos seus sistemas de saúde. A garantia de um sistema de saúde de qualidade e sustentável, é sem dúvida um dos maiores anseios da sociedade brasileira, e para avançarmos devemos cumprir uma agenda com iniciativas que enfrentem as questões estruturantes que dificultam melhores resultados em saúde para a população, todas amplamente discutidas na publicação do ICOS: Coalizão Saúde Brasil - Uma agenda para transformar o sistema de saúde.

Dentre essas iniciativas, destacamos a reforma do sistema de pagamento e contratação de provedores, tanto no sistema público como no privado, tendo sempre como foco o paciente-cidadão. Esse documento aponta de forma simples, como podemos avançar nessa jornada, incluindo elementos-chave e os fatores críticos de sucesso para a implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Esperamos que todos os agentes da cadeia de valor da saúde possam aproveitar as reflexões deste documento e implementar pilotos de modelos depagamento que reflitam as considerações aqui contidas.

Entre estas reflexões, a mais crítica é a busca por melhores desfechos para a saúde que deve ser central a novos Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Sem uma busca por melhores desfechos, com a implementação de medidas relevantes, novos modelos de pagamento serão apenas novos modelos comerciais e não realizarão a promessa de entregar valor para o sistema de saúde no País.

COALIZÃO SAÚDE

CONCLUSÃO

Denise Eloi
CEO

Um novo futuro para o Brasil

Ao chegarmos ao fim da leitura deste precioso trabalho sobre "Modelos de Pagamento Baseados em Valor", podemos perceber que, de fato, novos capítulos já estão sendo escritos na trajetória do sistema de saúde brasileiro. Capítulos que integram uma nova história. A história de um sistema de saúde mais justo, eficiente e sustentável, que atenda cada vez melhor nossa população.

Uma história que teve um marco fundamental na criação do Instituto Coalizão Saúde e que já começa a dar frutos importantes, como visto aqui. Um novo momento no qual os protagonistas, em vez de apenas disputarem cada um seu espaço, trabalham pelo interesse comum e, sobretudo, pelo interesse do paciente, sempre visto como um cidadão, sujeito de direitos e, por que não dizer, de deveres.

Isto está intimamente ligado ao modelo de liderança e de líderes que queremos ser. Sabemos que não podemos construir o futuro repetindo sempre as práticas do passado. É preciso renovar, trazendo a rica experiência que tivemos, mas acrescentando algo novo, novas soluções para novos cenários. A reunião e a dedicação que foram vistos para a realização desse trabalho são reveladores do comprometimento que a cadeia produtiva de saúde tem com a criação deste novo modelo.

Formar um grupo em princípio tão heterogêneo e, por vezes, com interesses aparentemente contraditórios, era um desafio tão complexo quanto ambicioso. Seu funcionamento dependia da motivação de cada um de seus integrantes, do equilíbrio entre o saber técnico, os diversos interesses e, também, as aspirações mais utópicas.

A adesão de lideranças tão importantes e bem-sucedidas em suas áreas, em nome do interesse comum, viabilizou este projeto. Ao sentarem-se dispostos a falar e a ouvir, a ensinar e a aprender, os principais players do setor privado mostraram que estavam à altura do desafio. Mostraram que são, sim, os líderes que o momento exige e que a população espera. Líderes capazes de construir um caminho sólido e iluminado para, finalmente, fazer cumprir o que a Constituição determina: que setores público e privado sejam complementares, não concorrentes, e que atendam à população, e não se sirvam dela.

Como diz o provérbio Inglês, quando a maré sobe, todos os barcos sobem junto. Por outro lado, quando baixa, corre-se o risco de encalharem todos. Por isso, em meio à crise, é com enorme satisfação e orgulho que vejo que estamos trabalhando todos juntos, pela alta da maré, para que a saúde da população possa, em um futuro próximo, navegar em águas calmas. A adoção de um Modelo de Pagamento Baseado em Valor é, sem dúvida, um passo decisivo. É preciso estar vivo para navegar.

COALIZÃO SAÚDE

COALIZÃO SAÚDE

MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR

Dezembro - 2017