

Quais os modelos de remuneração existentes e como seria possível convergir para o mesmo interesse, partindo de uma negociação entre prestador e pagador voltada a geração de valor ao paciente.

por Rodrigo Abdo

<h2>Remuneração por Serviço Prestado (Fee for Service)</h2> 	<h2>Remuneração do tratamento de acordo com o diagnóstico (DRG)</h2>	<h2>Remuneração por pacote de serviço (Bundled Services)</h2>	<h2>Remuneração por Paciente (Captation)</h2>
<ul style="list-style-type: none">• O prestador é remunerado por procedimento;• As partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou pacote;• Os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores;• O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha;• Remunera-se a quantidade, não a qualidade;• Reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remuneradas;	<ul style="list-style-type: none">• Remuneração mediante um único pagamento para um conjunto de serviços prestados, conforme o diagnóstico;• Este modelo desconsidera o ciclo completo de atenção para o tratamento da doença, e os pagamentos são feitos separadamente, a cada especialista, o que pode descoordenar o serviço;• Tem a vantagem de homogeneizar as categorias de doenças, e está sendo usado no Brasil para a definição de pacotes de serviços dentro do modelo Fee for service;• Exige flexibilidade para ajuste de preços ao longo do processo.	<ul style="list-style-type: none">• O prestador recebe um valor acordado com a fonte pagadora pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo o tratamento de uma condição específica;• É uma modalidade de pagamento por performance, que permite usar incentivos com base em desempenho, não apenas financeiro;• Os prestadores têm responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição;• O modelo leva em conta a melhoria do desempenho dos tratamentos, tanto em economias como em qualidade, e isso requer uma base de dados sobre o histórico do paciente e da população. O risco recai sobre o prestador, e não é compartilhado pela fonte pagadora.	<ul style="list-style-type: none">• Prestadores recebem um valor fixo mensal por pessoa coberta, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período;• O valor pode depender de informações relacionadas aos riscos populacionais geograficamente distribuídos, requer sólida e complexa base estatística das enfermidades, região por região, faixa etária, raça, sexo e outros segmentos;• Prestadores podem também receber um bônus, ou sofrer uma penalidade, dependendo da evolução dos resultados — mas tanto um quanto outro são calculados sobre a base populacional.

Qual é o entrave para adoção de um modelo adequado de pagamento entre o Prestador de Serviço e Pagador?

por Rodrigo Abdo

1. Prestadores **são pulverizados pelo país**, e mesmo nos grandes centros são poucos os grandes complexos de serviços de saúde. Não há união entre os prestadores que possibilite um **trabalho conjunto** destinado a obter um modelo benéfico a todos. Impera o individualismo.
2. Fontes **pagadoras parecem não estar dispostas a assumir riscos** de mudança de modelo. Com maior poder de barganha do que as centenas de prestadores independentes, elas se acomodam com o status quo do FFS, pressionando por preços baixos. A ANS incentivou a formação, em 2013, de grupos de trabalho entre hospitais e fontes pagadoras para debater possíveis soluções; o empenho foi **descontinuado pela ausência de participantes**. Dito dessa forma, parece que a “culpa” recai somente sobre os pagadores; vale, porém, destacar que eles também sofrem pressões decorrentes de aumentos de sinistralidades, impactando seus resultados, transformando-se em um dos principais influenciadores de seu modo de operação e negociação.
3. Muitos médicos trabalham em diferentes hospitais e não são fiéis a eles. **Atendem a vários pacientes por hora para compensar a baixa remuneração** e solicitam exames em excesso, seja por não dedicar tempo a uma análise clínica aprofundada do paciente, seja por falta de segurança. A forma como são contratados desestimula-os a desenvolver dedicação à instituição; eles são executores, e não gestores de saúde preocupados com todo o ciclo de tratamento dispensado aos pacientes.
4. Esses modelos **exigem regras claras para seu adequado funcionamento** e padronização de processos e insumos para uma segura formulação de preços. Deixam, também, um risco para o prestador quando este assume as responsabilidades pelo financiamento e pela qualidade do serviço prestado, além de exigirem envolvimento médico para que o desfecho clínico seja o melhor possível.
5. Ações como **a implantação de uma plataforma disponibilizada pela fonte pagadora** que possibilite ao médico acompanhar a trajetória do paciente na rede credenciada poderia reduzir o número de solicitações de exames e/ou de repetições de tratamentos sem bons resultados, sobretudo aos doentes crônicos. O sistema TISS — Troca de Informações na Saúde Suplementar —, implantado por iniciativa da ANS, está formando uma base de dados, porém seu uso ainda é restrito.
6. Necessário esforço coletivo entre os participantes da cadeia com conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial.