

MODELOS DE REMUNERAÇÃO

7 de maio de 2018



No Brasil, o sistema de saúde permanece remunerando os prestadores pela quantidade de procedimentos, e não pela qualidade. Como podemos guiar nosso setor na transição para uma remuneração baseada em eficiência e qualidade?

Não é novidade que os custos na saúde suplementar vêm crescendo significativamente no Brasil. Além disso, a diminuição no número de beneficiários, os avanços tecnológicos e o aumento da expectativa média de vida da população, entre outros fatores, nos levam a refletir sobre alternativas para superar o momento atual dos planos de saúde. Uma delas é a discussão acerca de modelos de remuneração.

A ANS já se posicionou sobre o assunto: deseja induzir a implementação de novos modelos que estimulem a sustentabilidade do setor, mas avisou que não caberá a ela definir o modelo a ser adotado. Até agosto de 2018, metodologias serão desenvolvidas e terão sua viabilidade analisadas. Algumas serão testadas após agosto num projeto piloto, para o qual a Agência oferecerá incentivos que estimulem o experimento, como de costume.

O modelo atual, *fee-for-service*, é utilizado há décadas no Brasil, e paga unicamente por volume – apenas a quantidade é remunerada. Um modelo que apresente pagamentos por desempenho ou geração de valor já poderia apresentar melhorias no processo de cuidado, inclusive medindo desfecho clínico e aprimorando a qualidade no sistema ao relacionar o pagamento à eficiência do cuidado prestado. Todavia, há de se pensar: quais modelos de remuneração são aplicáveis à realidade brasileira?

Alguns modelos já são amplamente debatidos no setor, principalmente os pagamentos por pacote, como o DRG e o *Bundled Payment*. Este pagamento por pacote pode ser por episódio, como num caso de eventos agudos, ou por diagnóstico, como num caso de doenças crônicas. O prestador então recebe um valor pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo o tratamento de uma condição específica, como diabetes, por exemplo.

O DRG, sigla para grupo de diagnósticos homogêneos, é uma metodologia que classifica os pacientes exaustivamente de acordo com o seu caso e com a sua complexidade assistencial. Isto é

feito ao combinar seu diagnóstico principal (CID) com comorbidades e complicações (CID secundário), idade, procedimentos cirúrgicos, entre outros, de forma a reunir os pacientes clinicamente homogêneos em um mesmo grupo.

Se bem aplicado, este modelo tem o poder de reduzir complicações, readmissões, custos, e ainda melhorar a experiência entre o paciente e o prestador, ao passo que o modelo pune o desperdício e premia os prestadores mais eficientes. Por outro lado, cabe também refletir sobre os desafios: a grandeza do país, suas desigualdades regionais, falta de dados precisos, e a dificuldade na precificação de algumas doenças.

Ao estabelecer a remuneração pelos custos médios, estaremos promovendo a busca pela eficiência. Atrelar qualidade a custo não é fácil em nenhum segmento empresarial, mais difícil ainda na saúde. Ainda assim, essa é a nossa melhor chance de atingir um modelo de remuneração que reduza os custos desnecessários, priorize a qualidade do cuidado e otimize os resultados para todos os envolvidos no processo.

SOBRE MILLIMAN

Milliman é um dos maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e afins. A empresa tem práticas de consultoria na área de saúde, propriedade e seguro contra acidentes, seguro de vida e serviços financeiros e benefícios dos empregados. Fundada em 1947, Milliman é uma empresa independente, com escritórios nas principais cidades ao redor do globo. Para mais informações, visite milliman.com.br

CONTATO

Para maiores informações ou comentários, por favor, contate:

Felipe Caruso
felipe.caruso@milliman.com
+1 55 21 22106313 – Ramal 205