

11.º SEMINÁRIO FEMIPA

Modelos de Remuneração

Dados da Saúde Suplementar 2017

- 47,36 milhões de Beneficiários
- 80% coletivo, 20% individual
- 808 operadoras médico-hospitalares
- 507 Odontológicas
- Faturamento R\$ 165bi com R\$ 137bi de gastos (85% sinistralidade)

Fonte :Relatório da PL 7.419/2006

GT de Remuneração Hospitalar

Junho/2010

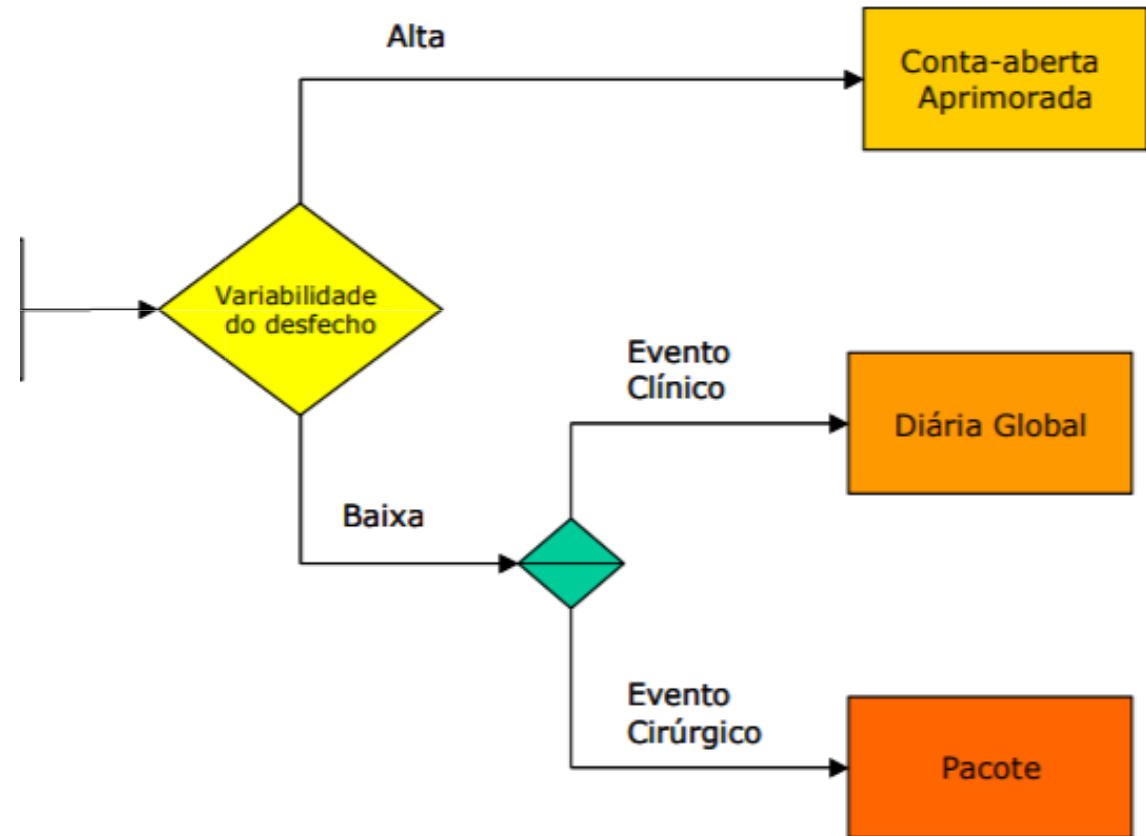
“A sistemática de remuneração dos serviços hospitalares é baseada essencialmente pelo que conhecemos como fee-for-service ou Conta-aberta. Neste modelo, todos os insumos e serviços são discriminados detalhadamente quando da apresentação da conta hospitalar à operadora. E este é outro ponto em que são gerados incentivos de ineficiência, pois, quanto mais insumos e serviços forem executados, maior será a receita dos hospitais (lógica do taxímetro). Como consequência, os hospitais estruturam áreas administrativas relevantes para o aprimoramento da cobrança dos serviços prestados enquanto as operadoras estruturam grandes áreas administrativas para análise dessas contas”

Fatores Indutores dessas Mudanças

- Custos de Transações Crescentes
- **Custo da Desconfiança**
- Resolução do CEMED nº 3
 - Maio/2009 proíbe o PMC a medicamentos de uso hospitalar.
- Necessidades de Mudanças Estruturais
 - “O setor de saúde suplementar amadureceu e está pronto para discutir alternativas e soluções para os problemas atuais. Contudo, essas mudanças precisam ser profundas e estruturais, não havendo espaço para pequenos ajustes de curso e mudanças pontuais que pouco contribuem para a perenidade do sistema.” ANS Jun/2010

GT em 2012

- Conta aberta Aprimorada
- Diária Global
- Pacote.
- Procedimento Gerenciado



Modelos de Remuneração médica

Modelo	Vantagens	Desvantagens
FFS para profissionais de saúde	Estímulo a investigação	Uso excessivo de TTO e diagnóstico
FFS para pacientes	Pacientes complexos não são excluídos. Facilidade de acesso	Intervenções desnecessárias
FFS para administradores	O pgto é realizado efetivamente pelo que foi prestado	Aumento grande da produção elevando o custo.
Por Bundle para profissionais	Beneficia o diagnóstico sem custos excessivos	Responsabilidade pelo ciclo de TTO. Risco do prestador
Por Bundle para pacientes	Recebem somente necessário para o diagnóstico e TTO	Acesso limitado a pacientes de alto custo diagnóstico
Por Bundle para administradores	O sistema com protocolos	O custo administrativo alto para conhecimento populacional
Captation para profissionais	Remunera por vidas. O estímulo a prevenção	Risco do prestador
Captation para pacientes	O Necessário sem excessos. Privilegia o medico de família	Restrições na escolha do profissional. Exclui o complexo
Captatioin para administradores	Custos previsíveis. Remuneração por metas	Alto custo para conhecimento da sua população.

Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG)

- Logica não por etiologia mas, por sistema comprometido
- Complexidade relacionada a recursos consumidos.
- Homogeneidade clínica
- Cada DRG congrega um numero determinado de procedimentos.

MDC	Descrição
1	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso
2	Doenças e Distúrbios do Olho
3	Doenças e Distúrbios do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta
4	Doenças e Distúrbios do Sistema Respiratório
5	Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório
6	Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo
7	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas
8	Doenças e Distúrbios do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo
9	Doenças e Distúrbios da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama
10	Doenças e Distúrbios Endócrinos, Nutricionais e Metabólicos
11	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário
12	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino
13	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino
14	Gravidez, Parto e Puerpério
15	Recém-nascidos e outros Neonatos com Condições Originadas no Período Perinatal
16	Doenças e Distúrbios do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas
17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica
17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica
19	Doenças e Distúrbios Mentais
20	Uso de Álcool/Droga e Distúrbios Mentais Orgânicos Induzidos por Álcool ou Droga
21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas
22	Queimaduras
23	Fatores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contatos com os Serviços de Saúde
24	Traumatismos múltiplos significativos
25	Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

Fonte: elaborado pelos autores, modificado de Centers for Medicare and Medicaid Services MS-DRG, versão 34.0.

Exemplos

CID 10

- K21.0 Doenças de refluxo gastroesofágico com esofagite
- K22.5 Divertículo do esôfago adquirido
- K31.4 Divertículo gástrico
- K57.1 Doença diverticular do intestino delgado SEM perfuração ou abscesso

DRG 392-Esofagite,gastroenterite e outras doenças digestivas sem MCC

CID 10

- K57.21 Doença diverticular do intestino delgado COM perfuração ou abscesso
- DRG 378-Hemorragia gastrointestinal com CC**

Fonte:DRG Brasil

Posição da FBH

- Considerando que:

1) Troca de informações na Saúde Suplementar

- RN nº 114, DE 26 DE OUTUBRO DE 2005 revogada.
- RN Nº 153, DE 28. DE.MAIO DE 2007 revogada
- RN Nº 305, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012

- **CAPITULO II
DAS OBRIGAÇÕES RELATIVAS AO PADRÃO TISS**

Art. 7º A troca dos dados do Padrão TISS deverá ser eletrônica e obrigatoriamente na versão vigente.

Art. 8º Às operadoras de plano privado de assistência à saúde é vedado:

I - alterar o Padrão TISS; e

II - solicitar dos demais agentes de que trata o art. 4º o envio em papel do equivalente ao conteúdo trocado via eletrônica no Padrão TISS, com certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada junto à ICP-Brasil.

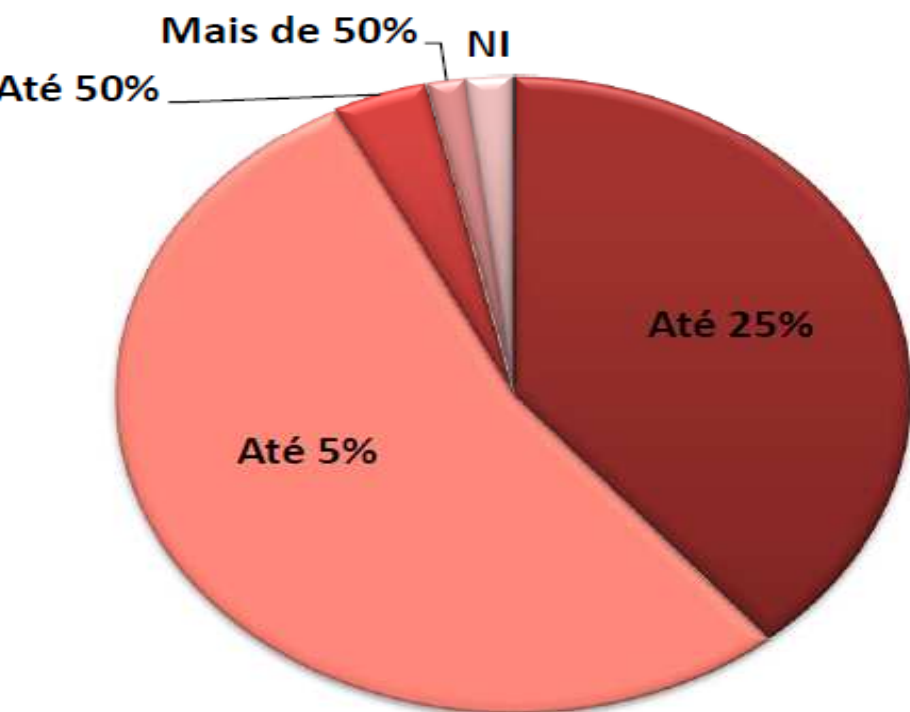
Troca de informações na Saúde Suplementar

- **Art. 4º** O Padrão TISS abrange as trocas dos dados de atenção à saúde entre os seguintes agentes da saúde suplementar:
- **I** - operadora de planos privados de assistência à saúde;
- **II** - prestador de serviços de saúde;
- **III** - contratante de plano privado de assistência à saúde familiar/individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial;
- **IV** - beneficiário de plano privado de assistência à saúde ou seu responsável legal ou ainda terceiros formalmente autorizados por ele; e
- **V** - ANS.

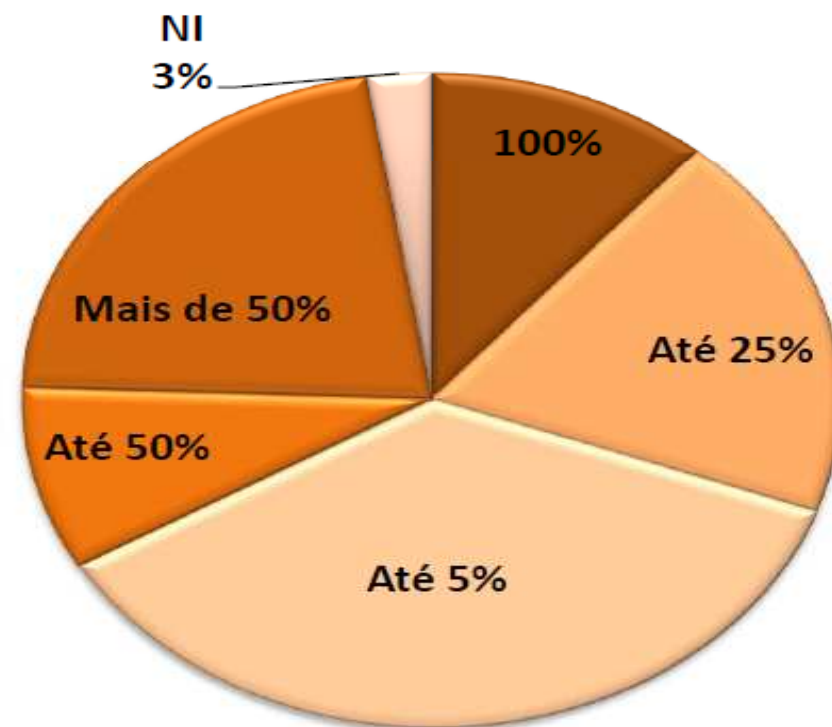
Pesquisa sobre contratualização

Glosas

Qual é o percentual aproximado de guias glosadas pelas operadoras de planos de saúde para as quais presta serviço?



Dentre as guias glosadas pelas operadoras, qual é o percentual de glosas consideradas indevidas por você/sua instituição?



2) Lei 13.003 de 24 junho de 2014

- As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço

RN 363, 364 e IN61

- RN 363 dez 2014- Regras para a celebração do contrato

- Procedimentos de faturamento e pagamento
- Reajustes e negociações

- RN 364 dez 2014- Índices de reajuste

- Livre negociação
- IPCA caso não haja acordo
- Fator de Qualidade

- IN 61- Regulamenta RN 364

- I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados;

II - 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e

III – 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II, deste artigo.

Hospitais no Brasil

HOSPITAIS DO BRASIL

MUNICIPAIS	21%
ESTADUAIS	8%
FEDERAIS	1%
PRIVADOS	70%

TOTAL : 6.805

FONTE: CNES - JAN/18

Distribuição de leitos

LEITOS HOSPITALARES NO BRASIL

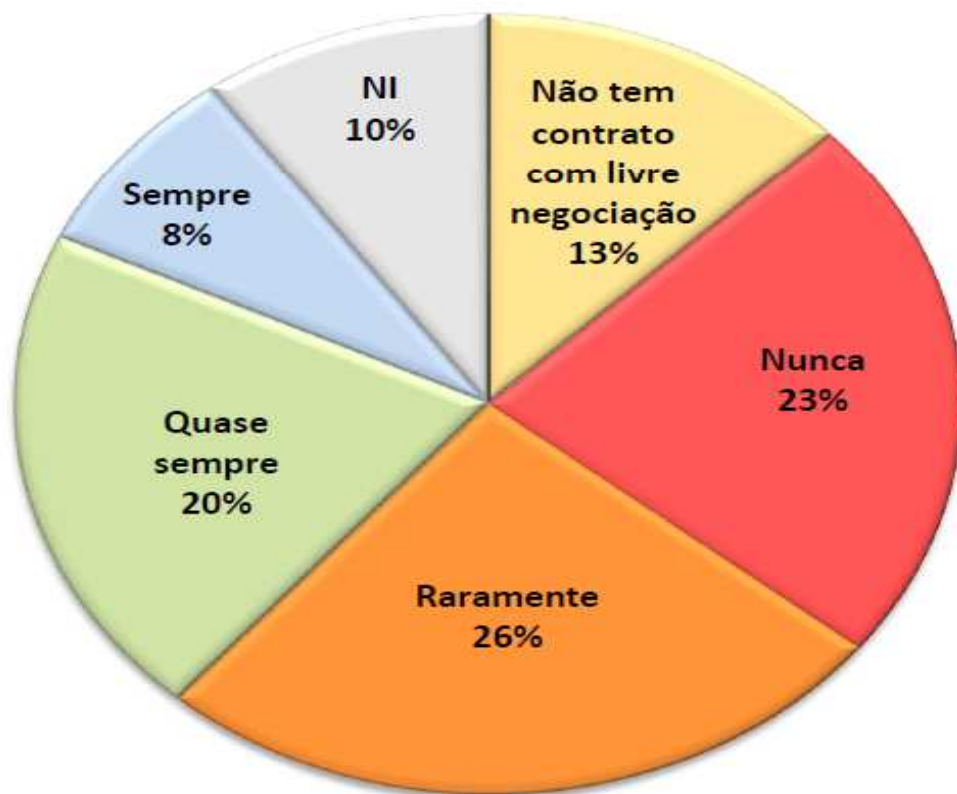
	SUS	NÃO SUS	TOTAL
CIRURGIA	74.612	41.970	116.582
CLINICA GERAL	84.686	32.450	117.136
PSIQUIATRIA	22.304	11.580	33.884
PEDIATRIA	40.231	11.032	51.263
OBSTETRÍCIA	40.017	13.434	53.451
OUTROS	70.836	49.353	120.189
TOTAL	332.686	159.819	492.505

FONTE: CNES - JAN/18

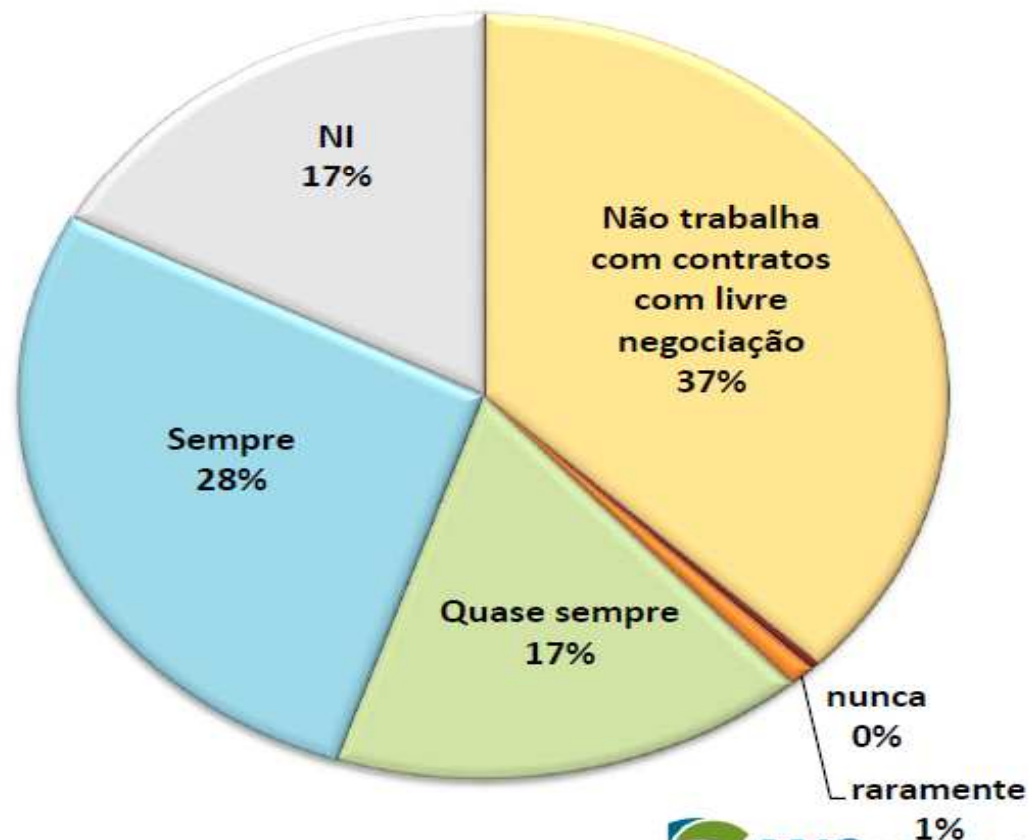
Pesquisa sobre contratualização

Nos casos de livre negociação como única forma de reajuste, com que frequência chega-se a acordo?

Prestadores



Operadoras



3) 808 operadoras

- Relatório de motivos de glosas
- Pagamentos em dia segundo contrato
- Perfil epidemiológico

Análise de caso

- Avaliados 1.194 prontuários Saúde Suplementar
- 80,65% Clínica Cirúrgica
- 465 (38,94%) foram ignorados por falta de codificação

FORAM ANALISADOS 759

- 511 (70,10%) Codificações Iguais ao diagnóstico

4) Posicionamento da ANS

“...na fase II haverá a definição da viabilidade dos modelos para cada tipo de prestador de serviço, com vistas a desenvolver uma metodologia de implementação a ser testada na fase III. A previsão de conclusão dessa fase é agosto de 2018. E na fase III, que deve ter duração de 12 a 18 meses, haverá a implementação de métodos desenhados na fase anterior, por meio de projetos pilotos de adesão voluntária.”

Qual a nossa impressão?

- Mudar o modelo remuneratório requer uma preparação institucional.
- Uma mudança cultural
- Relação de desconfiança ainda se mantem.
- Investimento tecnológico



OBRIGADO!!!!

Leonardo Barberes

leonardo@aherj.com.br

(21) 2203-1343