



Universidad

icesi



PROESA

Modalidades de pagamento prospectivo em saúde: uma proposta de taxonomia

Autores:

Ramón Abel Castaño

Álvaro López

Francisco Rafael Marín

Danny Moreano

Sergio Iván Prada



Universidad

icesi



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad



Modalidades de pagamento prospectivo em saúde: uma proposta de taxonomia

Autores:

Ramón Abel Castaño

Álvaro López

Francisco Rafael Marín

Danny Moreano

Sergio Iván Prada



Documentos de trabalho – Edição #22

Modalidades de pagamento prospectivo em saúde: uma proposta de taxonomia

Ramón Abel Castaño, Alvaro López, Francisco Rafael Marín, Danny Moreano, Sergio Iván Prada

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024

ISSN: 2256-5787 (On-line)

Palavras-chave: 1. Mecanismos de pagamento | 2. Modalidades de pagamento | 3. Pagamentos prospectivos | 4. Atenção em saúde baseada em valor

Primeira publicação: julho de 2012

Edição #22: Janeiro de 2025

© Universidad Icesi © PROESA
Faculdade de Ciências da Saúde

Diretor: Esteban Piedrahita Uribe

Secretária Geral: Olga Patricia Ramírez Restrepo

Diretor Acadêmico: José Hernando Bahamón Lozano

Decana da Faculdade de Ciências da Saúde: María Elena Velásquez Acosta

-

Conselho Editorial: Victoria Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo, Juan Camilo Herrera, Santiago Mosquera, Cristian Corrales, Marcela Calderón, Luisa Patiño.

Coordenador Editorial: Adolfo A. Abadía

Design Editorial: Sandra Marcela M. Bolaños

Como citar: Castaño RA., López A., Marín FR, Moreano D, Prada SI. (2025). Modalidades de pagamento prospectivo em saúde: uma proposta de taxonomia, PROESA Documentos de trabalho No. 22. Disponível em: www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/documentos-de-trabajo.php

Centro de Estudos em Proteção Social e Economia da Saúde – PROESA

Cali – Colômbia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Edifício B – Piso 2.

Telefone: +60 (2) 5552334 Ramal: 8074

E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

O material desta publicação pode ser reproduzido sem autorização, desde que citados o título, o autor e a fonte institucional.

Índice

Este conteúdo é interativo. Se você quiser acessar uma seção específica, clique no título correspondente.

	Pág
Resumo	6
1. Introdução	7
2. Definições	9
2.1 Os cinco componentes do custo médico por afiliado	10
2.2 Os dois tipos de risco: risco primário e risco técnico	11
2.3 Objeto da transferência de risco: episódio, grupo de risco e componente do serviço	13
3. Modalidades de pagamento prospectivo: definições	14
4. Modalidades que integram o ciclo de atendimento	15
4.1. Modalidades em que o objeto da transferência de risco são condições médicas discretas	16
4.1.1 Modalidades que não transferem o risco primário de incidência	16
4.1.2 Modalidades que transferem o risco primário de incidência	17
4.2 Modalidades em que o objeto da transferência de risco são condições médicas crônicas.	17
4.2.1. Modalidades que não transferem o risco primário de incidência	18
4.2.2 Modalidades que transferem o risco primário de incidência	18

Índice

Este conteúdo é interativo. Se você quiser acessar uma seção específica, clique no título correspondente.

	Pág
5. Modalidades que não integram o ciclo de atendimento.	19
5.1. Modalidades que não transferem o risco primário de incidência	20
5.2. Modalidades que transferem o risco primário de incidência	21
6. Pagamentos complementares	21
7. Discussão	22
8. Conclusões	26

Resumo

A evolução dos mecanismos de pagamento por serviço para pagamentos prospectivos que facilitem a geração de valor por meio da integração dos ciclos de atendimento das condições médicas é uma necessidade urgente para os sistemas de saúde, a fim de gerar mais valor para cada real utilizado. O sistema de saúde colombiano mostra uma tendência de migração para os pagamentos prospectivos, nos quais as denominações surgiram de forma anárquica. Este documento busca identificar os elementos básicos para classificar qualquer modalidade de pagamento prospectivo. São propostos três critérios para classificar os pagamentos prospectivos e 24 modalidades, com ênfase clara na conveniência das modalidades que permitem a integração dos ciclos de atendimento das condições médicas para gerar mais valor para cada real utilizado.

1. Introdução

Em várias frentes, tem-se argumentado que as modalidades de pagamento para prestadores de serviços de saúde devem evoluir de modalidades de pagamento como pagamento por serviço (*fee-for-service*) ou orçamentos históricos, que não geram incentivos para obter melhores resultados em saúde, para modalidades que geram tais incentivos.^{1 2 3 4} Essas modalidades de pagamento foram genericamente denominadas “pagamentos baseados em valor” e fazem parte do conceito mais amplo conhecido como “atenção em saúde baseada em valor”.

Em outro sentido, há uma tendência nos sistemas de saúde da OCDE de migrar do pagamento por serviço para modalidades prospectivas que transferem progressivamente o risco do pagador para o prestador. Nos Estados Unidos, a tendência de pagamentos agrupados (*bundled payments*) vem aumentando desde a última década⁵, enquanto na Europa Ocidental essas tendências também são observadas em sistemas de saúde tão diversos como Alemanha, Espanha, Reino Unido e Portugal, entre outros.⁶

As tendências de pagamentos baseados em valor e pagamentos prospectivos representam dois eixos que são independentes, mas que também podem evoluir simultaneamente. Por exemplo, quando o risco é transferido para um provedor para o atendimento de uma população ou para a prestação de um componente de serviço, independentemente da melhoria dos indicadores de resultados em saúde, isso é chamado de pagamento prospectivo, mas não de pagamento baseado em valor. E quando os incentivos são estabelecidos para que os prestadores melhorem os resultados em saúde, ao mesmo tempo em que se mantêm os esquemas de pagamento por serviço, isso é chamado de pagamentos baseados em valor, mas não de pagamentos prospectivos, como é o caso, por exemplo, quando os pagamentos são reconhecidos pela coordenação entre os prestadores para tornar mais viável a obtenção de melhores resultados em saúde. Entretanto, quando os pagamentos prospectivos são estabelecidos com incentivos para melhorar os resultados em saúde, as duas tendências são combinadas.

O pagamento por serviço tem três desvantagens claramente identificadas na literatura: 1) estimula maior produção sem necessariamente gerar melhores resultados em saúde; 2) não gera incentivos para coordenar o atendimento entre dois ou mais prestadores; e 3) não gera incentivos para realizar ações de promoção da saúde ou prevenção primária, secundária ou terciárias de doenças.⁷

1 Porter M Teisberg E (2006). Redefining health care. Harvard Business Press.

2 Miller H (2009). From volume to value Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs.

3 OECD (2016). Better ways to pay for health care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm>.

4 OECD (2016). Better ways to pay for health care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm>.

5 Agarwal R, Liao JM, Gupta A, Navathe AS (2020). The impact of bundled payment on health care spending, utilization and quality: A systematic review. *Health Affairs*. 39(1):50-57.

6 OECD (2016). Better ways to pay for health care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm>.

7 Porter M, Teisberg E (2006). Redefining health care. Harvard Business Press.

Essas desvantagens do pagamento por serviço tornam necessária a migração para modalidades de pagamento que incentivem a geração de valor, o que deu origem à tendência chamada “do pagamento por volume ao pagamento por valor”.⁸ O “valor” é entendido como os resultados de saúde relevantes para o paciente, em relação ao que custa para alcançar esses resultados.⁹ E o conceito de resultados de saúde inclui resultados clínicos, resultados da perspectiva do paciente (Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente, ou PROMs) e a avaliação da experiência do paciente com o atendimento (Medidas de Experiência Relatadas pelo Paciente, ou PREMs).¹⁰ Para permitir a geração de valor, é necessário alinhar os diferentes componentes do atendimento ao longo do ciclo de atendimento de um tipo específico de paciente ou condição médica.¹¹ O ciclo de atendimento refere-se ao processo que envolve os estágios de uma condição médica, desde sua abordagem inicial até sua resolução, envolvendo diferentes cenários de atendimento, disciplinas de conhecimento, tecnologias e fatores de produção. No caso de condições crônicas, esse ciclo de atendimento continua indefinidamente até que o paciente morra ou, em alguns casos, até que o paciente seja curado a médio ou longo prazo.

Para gerar os incentivos corretos para a geração de valor, é necessário que o mecanismo de pagamento cubra o ciclo de atendimento em questão. Isso pode ser alcançado em um contexto tradicional de pagamento por serviço, mas seu efeito é limitado, pois não supera a fragmentação do processo de atendimento que normalmente ocorre nesse contexto,¹² de modo que é muito mais eficaz transferir parte do risco da seguradora para o prestador, como será discutido a seguir. Essa transferência de risco implica que a seguradora calcule e defina uma estimativa ex-ante do custo esperado de um conjunto de atividades, sejam intervenções, procedimentos, medicamentos, dispositivos ou suprimentos que serão necessários para atender às necessidades do ciclo de atendimento de um grupo de pacientes, e esse é a quantia que ela transfere para o prestador. Essa estimativa ex-ante é o que dá ao mecanismo de pagamento sua característica prospectiva, pois o prestador recebe uma quantia fixa predefinida, independentemente da frequência com que os serviços são realmente prestados, de modo que o custo real (ex-post) do atendimento pode ser maior ou menor do que o valor esperado (ex-ante).

No sistema de saúde colombiano, começou a se evidenciar há uns quinze anos uma transição da modalidade de pagamento por serviço para modalidades prospectivas diferentes da capitação tradicional para os serviços de atenção primária. Do ponto de vista da seguradora, o objetivo é reduzir a maior exposição ao risco e, ao mesmo tempo, converter um custo variável decorrente da modalidade de pagamento por serviço em um custo fixo nas modalidades de pagamento prospectivo. Por sua vez, muitos provedores também migraram para esses arranjos porque eles permitem que seu fluxo de

8 Miller H (2009). From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. NRHI Healthcare Payment Reform Series. Robert Wood Johnson Foundation.

9 Porter ME (2010). What is value in health care? *N Engl J Med*. 363:2477-81.

10 OECD (2019). Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-what-matters-the-Patient-Reported-Indicator-Surveys.pdf>.

11 Porter M, Lee T (2015). Why strategy matters now. *N Engl J Med*. 372:18:1681-4.

12 Miller H (2009). From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. NRHI Healthcare Payment Reform Series. Robert Wood Johnson Foundation. P 1.

caixa seja mais previsível em comparação com a incerteza que experimentam em relação à cobrança real de faturas sob a modalidade de pagamento por serviço. Essas duas explicações sugerem que a ênfase dessa transição tem sido mais no eixo do pagamento prospectivo do que no eixo do pagamento baseado em valor.

Essa tendência acelerada na Colômbia levou ao surgimento, de forma mais ou menos anárquica, de várias modalidades de transferência de risco que foram genericamente denominadas “Pagamentos Globais Prospectivos” (PGP). Entretanto, essa denominação agrupa conceitos muito diversos que não foram adequadamente catalogados para seu estudo e regulamentação. Neste artigo, propomos uma taxonomia das modalidades de pagamento prospectivo na área da saúde que permita sua compreensão e estudo, bem como sua regulamentação e aplicação nas relações contratuais entre as seguradoras e os prestadores. A taxonomia proposta usa como estrutura de referência o trabalho de síntese desenvolvido por Harold Miller para os Estados Unidos,¹³ que foi adaptado por um dos autores ao contexto colombiano.¹⁴ Embora existam outras estruturas para análise, como a proposta pela Health Care Payment Learning and Action Network,¹⁵ e a proposta de Berenson et al,¹⁶ a estrutura de Miller é mais útil, pois permite a classificação de qualquer tipo de mecanismo de pagamento com base em seus elementos constituintes.

As sete seções seguintes deste artigo estão organizadas da seguinte forma: a seção 2 define os elementos básicos para classificar qualquer modalidade de pagamento prospectivo. Na seção 3, propomos as duas categorias amplas de modos prospectivos e suas subcategorias e, nas seções 4 e 5, definimos e analisamos os modos específicos de cada categoria. A seção 6 define brevemente os pagamentos paralelos. A seção 7 abre a discussão e a seção 8 resume as conclusões.

2. Definições

Para entender as modalidades de pagamento prospectivo, é necessário começar pela definição de Miller¹⁷ dos elementos constituintes dos mecanismos de pagamento de saúde. São eles: 1) os cinco componentes do custo médico e 2) os dois tipos de risco envolvidos neles: risco primário e risco técnico. Um terceiro elemento é o objeto da transferência de risco. Embora a taxonomia de Miller não separe explicitamente esse último conceito, nossa proposta o descreve explicitamente como um elemento constituinte dos mecanismos de pagamento, a fim de incluir e classificar algumas modalidades que surgiram no contexto colombiano.

13 Miller HD (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*. 28(5):1418-28.

14 Castaño RA (2014). Mecanismos de pago en salud: anatomía, fisiología y fisiopatología. ECOE Ediciones.

15 Health Care Payment Learning and Action Network (2017). Alternative payment model – APM framework. Mitre Corporation. Disponible en: <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>.

16 Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray S (2016) A typology of payment methods. Urban Institute. Disponible en: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/80316/2000779-A-Typology-of-Payment-Methods.pdf>.

17 Miller HD (2009). Op cit.

2.1 Os cinco componentes do custo médico por afiliado

O custo médico por afiliado é a quantia em dinheiro que uma operadora paga pelos benefícios de saúde para cada indivíduo afiliado durante um período de tempo, geralmente um ano. Esse custo médico é o produto de cinco fatores multiplicativos, a saber:

1. O número de condições médicas que o indivíduo assegurado (membro) apresenta durante o ano. Esse componente se refere tanto a condições crônicas quanto a condições discretas.¹⁸ Por exemplo, um membro que é diabético e tem um episódio de gripe durante o ano tem duas condições médicas (uma crônica e uma discreta).

2. Para cada condição médica, o número de episódios de atendimento que o membro tem dentro de cada condição médica durante o ano. Um episódio pode ser definido como um ciclo de atendimento que tem um início e um fim, e começa com um contato inicial. Esse contato inicial pode ser originado pelo paciente ou pelo provedor e, a partir desse contato inicial, uma série de consumos é derivada para satisfazer a necessidade de saúde que dá origem ao contato inicial. O contato inicial pode se originar por quatro motivos. O primeiro motivo é quando ocorrem episódios de exacerbação de uma condição médica crônica subjacente. O segundo motivo é para condições discretas, como gripe, hérnia inguinal ou apendicite. Nos dois primeiros motivos, falamos de um contato inicial originado pelo paciente. O terceiro motivo para episódios de atendimento é o monitoramento periódico de uma condição médica crônica, e o quarto motivo é quando o paciente é encaminhado a um especialista ou a outro cenário de atendimento para uma interconsulta ou para a resolução de uma necessidade médica. Nestes dois últimos motivos, falamos de um contato originado pelo provedor. Por exemplo, no caso de um paciente diabético que apresenta cetoacidose diabética com hospitalização e, mais tarde, apresenta hipoglicemia que é resolvida no departamento de emergência, diz-se que ele teve dois episódios agudos dessa condição médica. Uma consulta de seguimento, embora não seja um episódio de doença em si, é um episódio de atendimento cujo contato inicial é originado pelo provedor e que desencadeia uma série de consumos para satisfazer o objetivo desse contato. Por exemplo, em um paciente com pressão alta, uma consulta de seguimento tem como objetivo avaliar a função do órgão-alvo do paciente (rim, coração, circulação periférica), para o qual é solicitada uma série de testes diagnósticos. Quando os resultados desses testes diagnósticos são obtidos e um curso de ação médica é adotado com base neles, o episódio de atendimento é encerrado até a próxima consulta de seguimento. Observe que, para condições médicas distintas, ocorre apenas um episódio de atendimento. Por exemplo, no caso de apendicite, o paciente é admitido no departamento de emergência, o procedimento cirúrgico é realizado, o paciente recebe alta e uma revisão pós-cirúrgica é realizada, o que encerra o ciclo de atendimento.

¹⁸ Condições discretas são aquelas que ocorrem apenas uma vez e têm um início e um fim em curto prazo (por exemplo, apendicite), ou que ocorrem duas ou mais vezes, mas sem nenhuma conexão entre uma e outra (por exemplo, à gripe).

3. Para cada episódio ou contato por qualquer um dos quatro motivos descritos no parágrafo anterior, o número e o tipo de serviços usados durante, ou decorrentes, desse episódio. Por exemplo, quando um paciente diabético tem um episódio de cetoacidose e é hospitalizado, são consumidos o atendimento de emergência, a hospitalização, a visita do médico ao hospital, os medicamentos e os testes de diagnóstico. Outro exemplo é o de um paciente que apresenta apendicite (uma condição médica discreta) que gera um episódio de atendimento (atendimento inicial, apendicectomia e recuperação), durante o qual são consumidos os serviços necessários para resolver o caso. No caso de seguimentos regulares, o exemplo acima de controle de hipertensão gera consumo de testes de apoio diagnóstico e reformulação de medicamentos. Muitas vezes, um serviço pode ser discriminado com um código específico, embora inclua outros elementos que, por sua vez, podem ser identificados com um código específico. Por exemplo, o procedimento cirúrgico de remoção do apêndice pode ter um código específico, mas inclui serviços do cirurgião, do anestesiologista, taxas de internação, suturas, medicamentos usados no pré-trans e pós-operatório etc., que, por sua vez, podem ter códigos específicos.

4. Dado um tipo de serviço, os processos, insumos ou fatores de produção que são consumidos para cada serviço. Alguns desses elementos podem ser discriminados com um código específico. Por exemplo, no caso de medicamentos para o episódio agudo de cetoacidose no paciente diabético, foram prescritas insulina cristalina e insulina NPH, e no caso de monitoramento periódico do paciente hipertenso, foi solicitado um teste de creatinina, e o enalapril foi reformulado para mais três meses. Os fatores de produção incluem os recursos humanos.

5. Para cada processo, insumo ou fator de produção, o respectivo preço ou custo de cada um deles. No caso da operadora de seguros, o preço é o valor pago ao provedor por cada código específico; no caso do provedor, o custo é o valor incorrido para prestar o serviço.

2.2 Os dois tipos de risco: risco primário e risco técnico

Do ponto de vista do risco à saúde, o custo médico envolve dois tipos de risco: o risco primário e o risco técnico. O risco primário (ou risco de seguro, *insurance risk*) é dividido em dois subtipos: 1) risco primário de incidência, que é entendido como a variação na incidência ou prevalência de condições médicas; e 2) risco primário de severidade não evitável. A variação na incidência ou prevalência refere-se ao número real de casos por ano das diferentes condições médicas, que pode estar acima ou abaixo do número esperado de casos. Por exemplo, se a incidência esperada de apendicite por ano for de um para cada mil membros, uma operadora com um milhão de membros esperaria ter mil casos de apendicite em um ano. Na realidade, a incidência observada está quase sempre acima ou abaixo da incidência esperada, e raramente é exatamente igual à incidência esperada. No caso de condições crônicas, embora em termos epidemiológicos estritos não falamos de incidência, mas de prevalência, para os fins desta taxonomia, nós as incluímos no conceito de risco primário de incidên-

cia, se consideramos que no início de um determinado período, os pacientes que tinham condições crônicas do período anterior são vistos como “incidentes” no primeiro dia do novo período. No entanto, os pacientes com condições crônicas anteriores, mas que mudam de uma operadora para outra, ou de um provedor para outro, são novos para a operadora ou provedor receptor e, do ponto de vista do receptor, devem ser considerados incidentes.

O risco primário de severidade refere-se à variação na severidade das condições médicas no momento da detecção. Por exemplo, uma apendicite pode chegar ao departamento de emergência em um estágio inicial ou em um estágio avançado, quase ao ponto de perfuração. O caso menos grave terá riscos menores e, portanto, provavelmente consumirá menos recursos em sua resolução, enquanto o caso mais grave provavelmente consumirá mais recursos. Observe que essa variação na gravidade refere-se à gravidade não evitável e, portanto, supõe-se que seja exógena.

O segundo tipo de risco é o risco técnico, também chamado de risco de desempenho (*performance risk*). Ele é dividido em dois subtipos: risco técnico de utilização e risco técnico de morbidade evitável. O risco técnico de utilização é a variação no consumo de recursos que não é apoiada pela evidência. Por exemplo: dois casos de apendicite com a mesma gravidade e sem risco adicional chegam a dois hospitais diferentes e não há complicações em seu tratamento. No hospital A, o paciente recebe alta em 24 horas e consome uma tomografia computadorizada, um hemograma, um exame de urina e o procedimento cirúrgico em um dia de internação. No hospital B, o paciente recebe alta após três dias e consome um procedimento cirúrgico, uma tomografia computadorizada, um ultrassom abdominal, uma urografia por tomografia computadorizada, três hemogramas, três uroanálises e três estudos de gases sanguíneos arteriais e eletrólitos. Claramente, como os dois casos são semelhantes e não houve complicações, o padrão de consumo de recursos do hospital B não corresponde ao que a evidência recomenda e pode ser considerado uma variação injustificada na utilização, ou seja, um risco técnico de utilização.

O risco técnico de morbidade evitável refere-se às complicações (agudas ou crônicas) de condições médicas ou de seu tratamento que seriam evitáveis se o provedor tivesse um modelo de atendimento altamente eficaz, oportuno e coordenado. Por exemplo, se um paciente diabético tiver um episódio de cetoacidose diabética porque sua medicação não foi fornecida em tempo oportuno, pode-se argumentar que esse episódio é totalmente evitável e, portanto, é considerado um risco técnico de morbidade evitável. Outro exemplo é o de um paciente com infarto agudo do miocárdio que chega ao departamento de emergência e não é atendido imediatamente para confirmar ou descartar o diagnóstico, mas é colocado em espera. O tempo de espera resulta em uma gravidade maior do infarto e, portanto, em um consumo maior de recursos, mas essa situação era totalmente evitável e, portanto, também é considerada um risco técnico de morbidade evitável. Como as complicações agudas nem sempre são total ou parcialmente evitáveis, e nem sempre é óbvio determinar a evitabilidade, é preferível falar de complicações potencialmente evitáveis.¹⁹ Deve-se observar que os eventos

19 deBrantes F, Rastogi A, Painter M (2010). Reducing Potentially Avoidable Complications in Patients with Chronic Diseases: The Prometheus Payment Approach. *Health Services Research*. 45(6):1854–71.

adversos evitáveis que são consequência de falhas na segurança do paciente também são considerados como risco técnico de morbidade evitável.

As complicações crônicas de condições médicas crônicas, embora sejam condições médicas por si só, podem ser evitáveis ou não evitáveis. Por exemplo, o desenvolvimento da retinopatia diabética pode ser completamente evitado em alguns pacientes com o controle ideal do diabetes, enquanto em outros, apesar do controle ideal, essa condição médica se desenvolverá. Dessa forma, as complicações crônicas evitáveis são consideradas como risco técnico de morbidade evitável, embora, devido à dificuldade de determinar sua evitabilidade, também seja preferível referir-se a elas como complicações potencialmente evitáveis.²⁰

Uma exceção às definições acima de risco primário de severidade evitável e risco técnico de morbidade evitável é o caso de um prestador que está exposto à morbidade causada pelas omissões de outro prestador. Por exemplo, em um pagamento por condição médica para câncer de mama que não incluía triagem, o estágio de progressão do câncer no momento do início do tratamento depende do fato de outro provedor ter feito a triagem em tempo oportuno. Qualquer nível de triagem abaixo do ideal implica um risco técnico maior de morbidade evitável no provedor responsável pela triagem, o que fará com que o provedor de câncer enfrente uma severidade evitável maior. Essa situação sugere que o risco primário de severidade pode ser definido em termos da morbidade que um determinado provedor não é capaz de intervir, mesmo que não seja estritamente exógeno.

2.3 Objeto da transferência de risco: episódio, grupo de risco e componente do serviço

Nos pagamentos prospectivos, a transferência de risco da operadora para o prestador pode envolver episódios, condições médicas crônicas ou componentes de serviço. O conceito de episódio refere-se a um ciclo de atendimento que tem um início e um fim claramente definidos e, normalmente, envolve uma condição médica específica (por exemplo, apendicite), um episódio agudo de uma condição crônica (por exemplo, cetoacidose diabética) ou um procedimento invasivo eletivo (por exemplo, herniorrafia) e sua resolução subsequente. Por exemplo, o ciclo de atendimento para um evento coronariano tem um início (quando o infarto agudo do miocárdio é diagnosticado) e um fim (três meses ou seis meses após o evento agudo, conforme definido entre o pagador e o provedor). A cirurgia eletiva, como a substituição da articulação do quadril, também tem um início (por exemplo, a admissão para o procedimento cirúrgico) e um fim (doze meses após o procedimento cirúrgico). Conforme discutido na seção 2.1, o monitoramento periódico de uma condição crônica corresponde a um contato, que tem um ciclo de atendimento definido, pois começa com o primeiro encontro e termina quando as informações necessárias para tomar uma decisão de tratamento são obtidas.

20 deBrantes F, et al (2010). Op. Cit.

Por outro lado, o conceito de grupo de risco refere-se a um ciclo de atendimento que tem um início (quando a condição médica é diagnosticada), mas não tem fim, pelo menos no curto prazo. Esse ciclo de atendimento pode durar vários períodos anuais ou por toda a vida, no caso de uma condição crônica incurável.

Por fim, o conceito de um componente de serviço refere-se a um item de atividades, intervenções ou procedimentos (por exemplo, consulta ambulatorial, laboratório clínico, endoscopia etc.), um cenário de atendimento (emergência, internação, unidade de terapia intensiva, unidade de cuidados especiais, atendimento domiciliar, transferências de ambulância), uma especialidade médica ou medicamentos. Esses itens são geralmente os usados nas definições das notas atuariais das operadoras, também chamadas de notas técnicas.

3. Modalidades de pagamento prospectivo: definições

O surgimento desordenado, no contexto colombiano, de modalidades de pagamento prospectivo diferentes da capitação tradicional exige a criação de uma taxonomia que permita seu estudo e regulamentação, bem como a natureza da exposição ao risco incorrida pelo prestador ao aderir a essas modalidades de pagamento. A taxonomia que propomos neste artigo baseia-se na compreensão do conceito de ciclo de atenção, dos elementos constituintes do custo médico, dos tipos de risco e do objeto de transferência de risco descritos na seção anterior. Três critérios são propostos para estabelecer essa taxonomia: 1) se o mecanismo de pagamento prospectivo facilita a integração do ciclo de atenção; 2) se o objeto da transferência de risco é um episódio ou uma condição crônica; e 3) se o risco primário de incidência é transferido da operadora para o prestador.

O primeiro critério em nossa taxonomia proposta é apontar o elemento-chave que separa os pagamentos prospectivos em dois grupos amplos: se a integração do ciclo de atenção é facilitada ou não. Considerando os benefícios (observados na literatura sobre saúde baseada em valor) da integração do ciclo de atenção de diferentes condições médicas crônicas ou episódicas, é necessário separar os pagamentos prospectivos nessas duas grandes categorias desde o início. As modalidades que permitem a integração do ciclo de atenção são aquelas definidas em termos de condições médicas crônicas ou discretas. As modalidades prospectivas que são definidas em termos de componentes de serviço não permitem a integração do ciclo de atenção e, ao contrário, perpetuam a fragmentação do ciclo de atenção, dificultando muito a geração de valor.

O segundo critério estabelece se o objeto da transferência de risco é uma condição discreta ou uma condição crônica. Esse critério obviamente não se aplica a modalidades prospectivas em que o objeto da transferência de risco é um componente de serviço. E o terceiro critério estabelece se o risco primário de incidência é ou não transferido para o provedor. Se o risco primário de incidência não for transferido, falamos de pagamentos individuais, uma vez que cada novo caso gera um pagamento prospectivo; se o risco primário de incidência for transferido, falamos de pagamentos globais,

uma vez que são calculados com base na incidência e na severidade esperadas em uma determinada população. Esta última categoria corresponde ao que é conhecido na literatura como pagamentos baseados na população.

A Tabela 1 resume as categorias derivadas dos três critérios acima e, dentro de cada categoria, estão listadas as diferentes modalidades de pagamento prospectivo descritas nas seções a seguir.

Tabela 1. Modalidades de pagamento prospectivo de acordo com os três critérios de classificação (PI: Pagamentos Individuais; PGP: Pagamentos Globais Prospectivos).

		Individual	Global
Facilitam a integração do ciclo de atenção	De episódios	PI por Episódio PI por Especialidade PI por nível de complexidade	PGP por Episódio PGP por Especialidade PGP por nível de complexidade
	De condições crônicas	PI por Grupo de Risco PI por Especialidade PI por nível de complexidade	PGP por Grupo de Risco PGP por Especialidade PGP por nível de complexidade
Não facilitam a integração do ciclo de atenção	Pagos por componente do serviço	PI por Consulta Especializada PI por Apoio Diagnóstico PI por Processos de Diagnóstico PI por Cenário de Atendimento PI por Medicamentos Outros	PGP por Consulta Especializada PGP por Apoio Diagnóstico PGP por Processos de Diagnóstico PGP por Cenário de Atendimento PGP por Medicamentos Outros

4. Modalidades que integram o ciclo de atendimento

Conforme observado acima, para gerar valor, é necessário integrar o maior número possível de componentes de serviço ao longo do ciclo de atendimento de uma determinada condição médica. Também foi observado que existem condições médicas discretas e condições crônicas. Por esse motivo, essa categoria é dividida em duas, dependendo se o objeto da transferência de risco é uma condição médica discreta ou uma condição médica crônica. Essas duas categorias também são divididas em duas categorias: as modalidades nas quais nenhum risco primário de incidência é transferido e aquelas nas quais o risco primário de incidência é transferido.

4.1. Modalidades em que o objeto da transferência de risco são condições médicas discretas

As condições médicas discretas são caracterizadas por um ponto inicial e final claramente identificável no ciclo de atendimento. Algumas delas envolvem um único contato com o prestador (por exemplo, pedras nos rins) e outras envolvem dois ou mais contatos (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, que inclui o contato inicial para o episódio agudo e contatos sucessivos após a alta para atendimento até o final do ciclo de atendimento). Em alguns casos, o episódio não é equivalente a uma condição médica discreta em si, mas a um procedimento cirúrgico, mas continua sendo verdade que esses são ciclos de atendimento claramente delineados no início e no fim.

4.1.1 Modalidades que não transferem o risco primário de incidência

Nas modalidades individuais, uma quantia fixa é estabelecida para o tratamento de uma condição médica específica. Devido à sua natureza individual, cada novo caso gera um novo pagamento. As seguintes modalidades estão incluídas nesta categoria:

1. Pagamento por episódio individual. Os exemplos incluem: pagamento por evento coronariano agudo, desde o início do episódio agudo até três a seis meses, incluindo reinfartos, re-hospitalizações e complicações; pagamento por substituição de articulações até 12 meses após o procedimento cirúrgico, incluindo reabilitação; pagamento por maternidade e cuidados perinatais, incluindo parto, puerpério e cuidados maternos e neonatais até 30 dias após o parto.

2. Pagamento individual por especialidade. Nesta modalidade, é estabelecido um pagamento fixo para cada novo caso apresentado dentro de condições episódicas predefinidas correspondentes a uma especialidade. Embora uma especialidade não seja, por si só, uma condição médica, ela é incluída nesta categoria quando abrange ciclos de atendimento para condições distintas. Por exemplo, na oftalmologia, pagamentos definidos podem ser estabelecidos com base na especialidade, o que inclui condições distintas, como trauma ocular leve, conjuntivite, pterígio e assim por diante. Mesmo quando uma condição discreta exige o envolvimento de duas ou mais especialidades, a especialidade índice pode integrar esses especialistas adicionais para integrar o ciclo de atendimento de tais condições médicas.

3. Pagamento individual por nível de complexidade. Embora um nível de complexidade também não seja uma condição médica, muitas condições médicas discretas podem ser totalmente resolvidas em um ou mais níveis de complexidade sujeitos a essa modalidade. Um exemplo dessa modalidade é o pagamento por atendimento hospitalar agudo em um alto nível de complexidade, incluindo recuperação pós-aguda, como em casos de eventos coronarianos ou acidente vascular cerebral. Nessa modalidade, os pagamentos individuais não são definidos de acordo com a condição médica, mas de acordo com o nível de complexidade em que são abordados e resolvidos, mas o ciclo de atendimento pode ser integrado em um único provedor.

4.1.2 Modalidades que transferem o risco primário de incidência

As modalidades globais estabelecem um valor fixo para o atendimento de casos de uma condição médica discreta provenientes de uma população e de uma área geográfica predefinidas. Devido à sua natureza populacional, e diferentemente dos pagamentos individuais, cada novo caso não gera um novo pagamento, uma vez que o valor que se espera gastar com o tratamento de condições médicas específicas originadas nesta população já foi definido ex-ante. Essa categoria inclui as seguintes modalidades:

1. Pagamento global prospectivo por episódio.
2. Pagamento global prospectivo por especialidade.
3. Pagamento global prospectivo por nível de complexidade.

Os exemplos dessas modalidades são os mesmos que os das modalidades individuais, com a única diferença de que além dos custos individuais, os pagamentos são calculados com base na incidência esperada, o que implica que o provedor está exposto ao risco primário de incidência.

4.2 Modalidades em que o objeto da transferência de risco são condições médicas crônicas

As condições médicas crônicas são caracterizadas pelo fato de que seu ciclo de atendimento tem um início claramente identificável, mas não tem fim, pelo menos no curto prazo. Em geral, elas envolvem vários episódios de atendimento em um ano, seja para exacerbações, seguimentos regulares ou encaminhamento para outros cenários de atendimento.

4.2.1. Modalidades que não transferem o risco primário de incidência

Nas modalidades individuais, um valor fixo é estabelecido para o tratamento de uma condição médica crônica por um período de tempo e é renovado a cada vez que um novo período se inicia. Sua natureza individual significa que cada novo caso gera um novo pagamento. As seguintes modalidades estão incluídas nesta categoria:

1. Pagamento individual por grupo de risco. Os exemplos são: pagamento por paciente com HIV ou por paciente com diabetes tipo 2. O conceito de grupo de risco é preferível ao de condição crônica, pois várias condições crônicas podem ocorrer simultaneamente no mesmo indivíduo, e separá-las em contratos diferentes geraria um novo tipo de fragmentação, não mais por componentes de serviço, mas por condições médicas. Na estrutura de Miller, isso é chamado de capitação ajustada por condição médica.²¹

2. Pagamento individual por especialidade. Conforme observado na seção 4.1.1, a especialidade não é uma condição médica. No entanto, em muitas condições crônicas, o ciclo de atendimento é coberto por uma única especialidade (por exemplo, glaucoma ou degeneração macular em oftalmologia) ou por uma especialidade índice que integra outras especialidades, como, por exemplo, na dermatite atópica grave, que é gerenciada principalmente pela dermatologia, mas pode exigir o apoio da alergologia, otorrinolaringologia ou pneumologia, sob a liderança e coordenação da dermatologia.

3. Pagamento individual por nível de complexidade. Embora um nível de complexidade não seja uma condição médica, muitos ciclos de atendimento para condições crônicas podem ser totalmente cobertos em um ou mais níveis de complexidade que são pagos sob essa modalidade. Por exemplo, o tratamento da esclerose múltipla exige atendimento ambulatorial de alta complexidade e o tratamento de recaídas pode ser resolvido no mesmo hospital de alta complexidade que realiza o tratamento ambulatorial do paciente.

4.2.2 Modalidades que transferem o risco primário de incidência

Nas modalidades globais, uma quantia fixa é estabelecida para o tratamento de condições médicas crônicas originadas em uma população e área geográfica predefinidas. Devido à sua natureza populacional, e diferentemente dos pagamentos individuais, cada novo paciente diagnosticado não gera um novo pagamento, uma vez que o valor que se espera gastar com o tratamento de condições médicas crônicas originadas nessa população já foi definido previamente. Esta categoria inclui as seguintes modalidades:

21 Miller (2009) op cit.

1. Pagamento global prospectivo por grupo de risco.
2. Pagamento global prospectivo por especialidade.
3. Pagamento global prospectivo por nível de complexidade.

Os exemplos dessas modalidades são os mesmos citados nas modalidades individuais, com a única diferença de que os pagamentos são calculados com base na incidência esperada, o que implica que o provedor está exposto ao risco primário de incidência. Observe que os pagamentos globais prospectivos por especialidade e por nível de complexidade podem incluir tanto condições discretas quanto crônicas.

5. Modalidades que não integram o ciclo de atendimento

As modalidades de contratação prospectiva em que o objeto de transferência de risco é um componente do ciclo de atendimento, como laboratório clínico, medicamentos, cenários de atendimento (por exemplo, home care, UTI), não permitem a integração dos ciclos de atendimento, uma vez que cada prestador é responsável apenas por sua parte do ciclo, o que acaba perpetuando duas das três desvantagens do pagamento por serviço: 1) a ausência de incentivos para a coordenação, levando à fragmentação do ciclo de atendimento, e 2) a ausência de incentivos para a prevenção primária, secundária e terciária. A única diferença em relação às desvantagens do pagamento por serviço é que ela não estimula uma produção maior, mas, ao contrário, a desestimula, o que, em teoria, poderia diminuir o risco técnico de utilização. Porém, em termos do conceito de atenção em saúde baseada em valor, a redução dos custos simplesmente por meio da redução da frequência de uso dos componentes do serviço pode chegar ao extremo de negar serviços medicamente necessários, destruindo assim o valor para o paciente, pois pode levar ao aumento do risco técnico de morbidade evitável.

Como pode ser visto na tabela 1, nestas modalidades o critério referente a episódios vs. condições crônicas não se aplica, mas o critério de transferir ou não o risco primário de incidência se aplica.

5.1. Modalidades que não transferem o risco primário de incidência

1. Pagamento individual para consulta com especialista. Em contraste com o pagamento descrito na seção 4.1.1, nesta modalidade o pagamento inclui apenas um contato inicial com um especialista e um conjunto de apoios diagnósticos ou outras atividades (incluindo consultas de acompanhamento com o mesmo especialista) resultantes do contato inicial e realizadas dentro de um período de tempo predefinido. Observe que as modalidades de pagamento por especialidade descritas na seção 4 enfatizam que elas se concentram na integração de ciclos de atendimento, seja para condições discretas ou condições crônicas, enquanto nesta modalidade o especialista não integra nenhum ciclo de atendimento, mas aborda o paciente de forma ad hoc.

2. Pagamento individual para apoio diagnóstico. Em alguns casos, é estabelecido um pagamento de contato inicial para um ou mais tipos de apoio diagnóstico. Por exemplo, quando um paciente requer apoio diagnóstico cardiológico (holter, eletrocardiograma, teste de esforço etc.), é feito um pagamento fixo para o primeiro contato com o provedor que o realizará, independentemente do tipo de apoio diagnóstico que o paciente requer ou se ele precisa ser repetido em um determinado período de tempo.

3. Pagamento individual para processos de diagnóstico. Em alguns casos, o processo de diagnóstico, como a confirmação de um caso suspeito de câncer ou o processo de estadiação, pode ser simplificado em um pagamento fixo que inclui todos os componentes do processo de diagnóstico (por exemplo, consulta médica, laboratório clínico, biópsia, patologia e diagnóstico por imagem). Embora esta modalidade integre os componentes de serviço do processo de diagnóstico, por ser restrita a uma etapa do ciclo de atendimento (diagnóstico), ela se enquadra na categoria das que não permitem a integração dos ciclos de atendimento.

4. Pagamento individual por cenário de atendimento. Essa modalidade estabelece um pagamento fixo por dia de internação de acordo com o ambiente de atendimento (UTI, UTIN, hospitalização em sala geral), conhecido na literatura como “per-diem”. Também inclui pagamento fixo para atendimento de emergência (normalmente triagem 3 e 4), pagamento fixo para atendimento domiciliar e pagamento fixo para traslados em ambulância.

5. Pagamento individual por medicamentos. Isto é incomum, mas pode ser estabelecido um pacote de medicamentos para, por exemplo, o tratamento ambulatorial de infecção de feridas cirúrgicas.

6. Pagamento individual para outros componentes do serviço. Existem algumas modalidades que não estão em conformidade com as descritas anteriormente nesta seção, mas que dificultam a integração do ciclo de atendimento. Por exemplo, pagamento individual por ciclo de quimioterapia, pagamento individual para radioterapia ou pagamento por ciclo de reabilitação com fisioterapia.

5.2 Modalidades que transferem o risco primário de incidência

Essas modalidades diferem das descritas na seção 5.1, pois a quantia a ser transferida é estimada com base nas necessidades dos diferentes componentes do serviço que surgem em uma população e área geográfica predefinidas. Por esse motivo, o provedor que adere a essas modalidades de pagamento se expõe ao risco primário de incidência. As modalidades incluídas nessa categoria são as seguintes:

1. Pagamento global prospectivo para consultas com especialistas.
2. Pagamento global prospectivo para apoio diagnóstico.
3. Pagamento global prospectivo para processos de diagnóstico.
4. Pagamento global prospectivo por cenário de atendimento.
5. Pagamento global prospectivo para medicamentos.
6. Pagamento global prospectivo para outros componentes do serviço.

6. Pagamentos complementares

Em um contrato sob as modalidades de pagamento prospectivo descritas nas Seções 4 e 5, essas modalidades representam a maior parte da receita do provedor e, portanto, são chamadas de “pagamentos básicos”. Essa designação implica que há um pagamento adicional, ou complementar, que representa uma proporção menor para o provedor em tal contrato.²² Os pagamentos complementares são definidos como os pagamentos adicionais, ou retenções de pagamentos acordados, que são pagos/reembolsados ao provedor em uma data posterior, com base no cumprimento de indicadores de estrutura, processo, produção ou resultado. Os pagamentos complementares pela conformidade com os indicadores de estrutura e processo não implicam em uma transferência de risco primário ou técnico da seguradora para o provedor. Mas os pagamentos por resultados, especificamente os pagamentos por resultados de saúde e PROMs, envolvem de fato a transferência de ambos os tipos de risco. Os pagamentos baseados em valor são baseados nesses indicadores de resultados, além dos PREMs.

22 Cattel D, Eijkenaar F, Schut F (2020). Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law*. 15(1):94–112.

Por exemplo, quando um indicador de resultado é definido, como “reinternações hospitalares dentro de 30 dias pela mesma causa”, o não cumprimento do indicador pelo provedor pode ser explicado por um risco primário maior de severidade, bem como por um risco técnico de morbidade evitável. Uma reinternação pode se dever ao fato de o paciente não ter recebido apoio adequado após a alta hospitalar inicial e, portanto, é atribuível ao provedor e, assim, considerado um risco técnico de morbidade evitável.

Os pagamentos complementares na Colômbia geralmente representam uma pequena proporção da renda do prestador, entre 1% e 10%. A experiência nos países da OCDE mostra que, quando esses pagamentos representam menos de 5% da renda do prestador, eles não implicam uma transferência de alto risco e não induzem mudanças substanciais no comportamento do prestador, de modo que essa porcentagem precisa ser maior, talvez entre 15% e 20%.²³ No entanto, na medida em que houver menos incerteza nas decisões clínicas e maior controle do prestador sobre as outras variáveis que afetam o resultado da saúde, o resultado será mais previsível. Se, além disso, o resultado da saúde for mais observável e verificável, será mais apropriado alocar uma parcela maior da receita do provedor para o pagamento complementar.

7. Discussão

Com a presente taxonomia de pagamentos prospectivos, procuramos definir, com base nos elementos constituintes dos mecanismos de pagamento, as diferentes categorias e modalidades de pagamento dentro das categorias, de modo que seu estudo e regulamentação possam ser feitos de maneira mais estruturada e formal. Apesar da forma anárquica com que essas modalidades prospectivas surgiram na Colômbia, nossa taxonomia nos permite classificar qualquer modalidade, independentemente do nome dado a ela, alcançando assim o objetivo de chegar a uma classificação exaustiva das múltiplas modalidades de pagamento que surgem e que, por sua vez, evoluem de várias maneiras.

Nesta taxonomia, propomos duas categorias amplas: pagamentos que permitem a integração dos ciclos de atendimento e aqueles que não permitem ou dificultam essa integração. Essas duas categorias nos permitem separar as modalidades que permitem a geração de maior valor em saúde, pois isso exige a integração do ciclo de atendimento para uma determinada condição médica. Da mesma forma, as modalidades que integram ciclos de atendimento respondem muito bem a pagamentos baseados em valor, sejam eles na forma de pagamentos complementares ou incentivos não monetários.

23 Friedman J, Scheffler R (2016). Pay for performance in health systems: theory, evidence and case studies. En: World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, editado por Richard Scheffler. World Scientific

Conforme observado na introdução, para gerar valor, é necessário integrar o ciclo de atendimento de uma determinada condição médica e transferir o risco para o provedor. Ao estabelecer um pagamento prospectivo, a redução de custos gerada pelo gerenciamento destes tipos de risco cria um poderoso incentivo que acaba criando mais valor, pelo mesmo ou por menos dinheiro. Entretanto, a transferência de risco e a geração de valor nem sempre andam de mãos dadas. Por um lado, os pagamentos por episódio e por grupo de risco permitem a evolução para pagamentos baseados em valor ao criar um incentivo para que o provedor inclua o maior número possível de componentes do respectivo ciclo de atendimento em sua proposta de valor, quer ele os tenha em sua própria unidade de prestação de serviços ou os coordene ou subcontrate com outras unidades de prestação de serviços. Dada essa possibilidade de integrar o ciclo de atendimento, é mais provável que o provedor responda positivamente aos pagamentos baseados em valor.

No outro extremo, os pagamentos prospectivos por tipo de serviço dificultam a geração de mais valor por cada real utilizado, pois perpetuam a fragmentação, uma vez que cada prestador é responsável pelo serviço que presta, mas nenhum é responsável pela integração do ciclo de atendimento de diferentes episódios ou diferentes condições médicas. Pior ainda, essa fragmentação pode exacerbar a negação de serviços medicamente necessários, pois a incapacidade de gerenciar o risco técnico de utilização e a morbidade evitável gerada por outros provedores pode levar um determinado provedor a se envolver na negação de serviços medicamente necessários. Por exemplo, se um prestador de serviços de laboratório clínico que é pago de acordo com uma modalidade prospectiva se deparar com uma demanda real maior do que a esperada, ele tentará manter seu equilíbrio financeiro atrasando ou negando a prestação de serviços, pois não conseguirá gerenciar o risco técnico de utilização gerado por outro prestador, cujos médicos apresentam uma alta frequência de pedidos de exames laboratoriais desnecessários.

As modalidades de pagamento não são neutras, pois geram incentivos positivos e negativos que determinam as respostas do prestador e do pagador.²⁴ Assim, as modalidades prospectivas analisadas aqui geram incentivos positivos que já foram mencionados nas seções anteriores, mas também geram incentivos negativos que, longe de resolver as consequências negativas do pagamento por serviço, geram suas próprias disfuncionalidades, que acabam destruindo valor em vez de aumentá-lo. Esses incentivos negativos levam a respostas do prestador claramente identificadas na literatura: negação de serviços, transferência de custos para outros provedores ou para o próprio paciente e recusa de pacientes que podem representar custos muito altos de atendimento.

Pode-se argumentar que os pagamentos individuais por episódio e os pagamentos individuais por condição crônica, que não envolvem transferência de risco primário de incidência, são a melhor opção de pagamento prospectivo para estimular a geração de mais valor por cada real utilizado. Isso se deve ao fato de que, embora gerem incentivos para alinhar diferentes cenários de atendimento e disciplinas de conhecimento em todo o ciclo de atendimento do episódio ou condição em questão,

24 Conrad D (2016) The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Services Research*. 50:S2, Part II (December 2015). DOI: 10.1111 /1475-6773.12408.

eles não expõem o prestador à variação na incidência que é difícil de modificar. Essa capacidade limitada de modificar o risco primário de incidência se deve ao fato de que, por sua natureza de prestador de serviços de saúde, eles geralmente não têm a capacidade de modificar o risco primário de incidência (por exemplo, induzindo mudanças no estilo de vida de uma grande população). Além disso, quando um provedor está exposto ao risco primário de incidência, ele enfrenta um número menor de casos em comparação com a seguradora e, portanto, estará exposto a uma maior variação aleatória na incidência.

Por sua vez, os pagamentos globais prospectivos por episódio e por grupo de risco, embora exponham o prestador ao risco primário de incidência, que pode ser mais arriscado para um prestador com poucos casos por período de tempo, ainda mantêm o benefício de incentivar o alinhamento dos cenários de atendimento e das disciplinas de conhecimento em todo o ciclo de atendimento das condições médicas, facilitando assim a geração de maior valor por cada real utilizado. Alguns autores argumentam que não é apropriado expor o provedor ao risco primário de incidência, pois esse é um risco que o provedor não pode gerenciar.²⁵ Entretanto, também está claro que essa exposição ao risco primário pode ser reduzida com o estabelecimento de mecanismos de proteção de risco, como faixas de risco, ajustes de incidência e exclusões.²⁶

A nossa taxonomia não é exaustiva porque, embora algumas categorias permitam a integração do ciclo de cuidados de uma determinada condição médica, noutros casos não permitem essa integração. Esse é o caso do nível de complexidade e dos pagamentos por especialidade. Nos pagamentos por nível de complexidade, a fragmentação do ciclo de atendimento pode ocorrer quando o ciclo de atendimento de uma condição médica envolve dois ou três níveis de complexidade que não são fornecidos pelo mesmo prestador.

Nos pagamentos por especialidade, os exemplos citados da oftalmologia mostram que é possível integrar os ciclos de atendimento de acordo com a especialidade, mas há outros casos em que isso não ocorre. Por exemplo, o tratamento da uveíte quando associado a doenças autoimunes exige claramente um alto nível de interação com outras especialidades. Se essa interação não for alcançada, o pagamento por especialidade fragmentaria o ciclo de atendimento, portanto, seria mais apropriado estabelecer o pagamento por grupo de risco, em que a equipe interdisciplinar que gerencia a condição autoimune encaminha o paciente ao oftalmologista para avaliação e tratamento, mas mantém a responsabilidade de coordenar esse encaminhamento para que tudo relacionado à patologia ocular seja perfeitamente integrado ao ciclo de atendimento.

As diferentes especialidades médicas variam quanto à proporção de sua prática composta por condições médicas episódicas ou crônicas cujos ciclos de atendimento podem ser integrados em uma determinada especialidade. Pode-se argumentar que, no caso da oftalmologia, uma alta proporção de sua prática atende a essa característica, enquanto a cardiologia, por ter de lidar com mais comor-

25 Miller (2009). Op cit.

26 Cattel et al (2020). Op Cit.

bidades sistêmicas e complicações sistêmicas de doenças cardíacas, dificilmente esgota o ciclo de atendimento de uma condição médica discreta, muito menos de uma crônica. Em outras especialidades, pode haver um conjunto de condições médicas que exijam a especialidade principal e o apoio ocasional de algumas especialidades que podem ser facilmente coordenadas pela especialidade principal, mas onde é viável integrar o ciclo de atendimento. Mas, nestas mesmas especialidades, haverá outras condições médicas em que será muito difícil integrar outros especialistas e, nestes casos, o pagamento por especialidade resultará na fragmentação do ciclo de atendimento.

Os pagamentos por episódios e grupos de risco, embora na maioria das vezes possam integrar com sucesso o ciclo de atendimento de condições médicas discretas ou crônicas, enfrentam o desafio das comorbidades e complicações agudas ou crônicas que não estão intimamente ligadas à condição médica subjacente. Isso cria novos problemas de fragmentação, mas não mais por componente de serviço e sim por condição médica. Um caso extremo para ilustrar esse desafio é o de um paciente com hemofilia e HIV, duas condições médicas crônicas suficientemente complexas para justificar programas especializados, mas quando elas ocorrem no mesmo paciente, fica evidente que nenhum dos programas tem as competências para gerenciar ambas as condições de forma ideal.

Uma maneira de reduzir as limitações das várias modalidades prospectivas e, ao mesmo tempo, proteger o provedor da exposição excessiva ao risco, é combinar diferentes modalidades em um único provedor. Por exemplo, para o gerenciamento abrangente do câncer, os processos de confirmação e estadiamento podem ser contratados sob a modalidade de pagamento individual para processos diagnósticos e, uma vez definido o tratamento, pode ser estabelecido um pagamento individual por condição médica, ajustado pela severidade, ou até mesmo pagamentos individuais separados para terapia medicamentosa, radioterapia e procedimentos cirúrgicos. Intervenções ou medicamentos de baixa frequência e alto custo exigidos pelo tratamento podem ser excluídos e pagos com base em pagamento por serviço. Essa combinação de modalidades de pagamento em um mesmo provedor, denominada na literatura como “pagamentos combinados” (*blended payments*),²⁷ permite a integração do ciclo de atendimento, embora alguns deles sejam classificados na categoria daqueles que não permitem a integração do ciclo de atendimento.

A aplicação de nossa taxonomia à modalidade de pagamento por Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG por o seu acrônimo em inglês) mostra que ela não corresponde necessariamente à categoria de pagamento baseado em episódios, embora seja apresentada como tal em muitos textos sobre mecanismos de pagamento. Em sua concepção geral como um mecanismo de pagamento para serviços hospitalares,²⁸ pode-se dizer que é um pagamento individual por cenário de atendimento, com um mecanismo sofisticado de ajuste de risco que reduz a exposição do prestador ao risco primário de severidade, mas não necessariamente integra o ciclo de atendimento da condição médica subjacente. Por exemplo, o pagamento de DRG para um episódio de exacerbação de DPOC está

27 OECD (2016). Op Cit.

28 Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory of Health Systems and Policies.

claramente limitado ao atendimento de um episódio agudo no hospital, mas não está integrado ao restante do ciclo de atendimento da condição médica crônica. Outro exemplo é o pagamento pelo atendimento de um episódio coronariano agudo, que não inclui reabilitação cardíaca e reinfartos em um período de 3 a 6 meses.

Mas, em alguns casos, o ciclo de atendimento de uma condição médica é totalmente coberto no atendimento hospitalar, como no caso de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos ou urgentes; nestes casos, o pagamento dos DRGs correspondentes seria equivalente ao pagamento por episódio. Por exemplo, um episódio de apendicite ou um reparo de hérnia inguinal tem um ciclo de atendimento que pode ser classificado em um DRG, e esse ciclo é totalmente coberto pelas diferentes áreas do hospital.

É relevante aplicar nossa taxonomia a uma modalidade de pagamento na qual uma quantia em dinheiro é acordada para realizar ou fornecer um número fixo de atividades, intervenções, procedimentos, medicamentos ou dispositivos, durante um período fixo de tempo. Embora na Colômbia essa modalidade seja frequentemente chamada de pagamento global prospectivo, nossa taxonomia deixa claro que nessa modalidade de pagamento não há transferência de risco primário ou risco técnico. Em vez disso, é equivalente a um pagamento por serviço no qual vários serviços são acordados antecipadamente em um período de tempo.

Uma variante desse tipo de pagamento por serviço é quando a seguradora estabelece uma quantia fixa de dinheiro para o atendimento de uma determinada população ou grupo de risco, mas define o número de atividades a serem realizadas para cada paciente. Em seguida, a seguradora verifica se o prestador realizou essas atividades e, se constatar que foram realizadas menos atividades do que deveriam ter sido realizadas, ela as deduz do pagamento em uma taxa predefinida.

Esse tipo de contrato limita a capacidade do prestador de ajustar o consumo de recursos à severidade de cada indivíduo para reduzir o risco técnico de morbidade evitável, o que contrasta com o fato de que o pagador expõe o prestador ao risco técnico de morbidade evitável quando penaliza o prestador por episódios agudos evitáveis ou quando a seguradora estabelece um pagamento complementar por resultados de saúde. Se o pagador quiser que o prestador gere valor, ele deve dar ao prestador a flexibilidade para otimizar a intensidade do uso de recursos de acordo com a necessidade de cada paciente, o que não é compatível com uma simples contagem de atividades por paciente, pois essa contagem não permite variações de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

8. Conclusões

A taxonomia aqui apresentada busca facilitar o estudo e a regulamentação das modalidades de pagamento prospectivo que surgiram de forma mais ou menos anárquica no sistema de saúde colombiano. A compreensão das modalidades de pagamento a partir de seus elementos constituintes permite a criação dessa taxonomia de forma a identificar a natureza da exposição ao risco que cada modalidade representa para o provedor, bem como os incentivos que derivam dessa exposição ao risco.

PROESA



Cali – Colômbia
Universidad Icesi
Calle 18 No. 122-135 (Pance), Edificio B – Piso 2.
Telephone: +60 (2) 5552334 Ramal: 8074
E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

