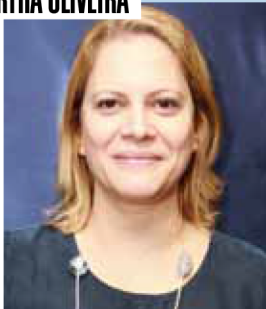


MARTHA OLIVEIRA



Martha Oliveira é diretora de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar

DANIELE P. SILVEIRA



Daniele Pinto da Silveira é especialista em Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A transformação pela qualidade

ANS defende índice de reajuste atrelado à acreditação. Entenda por quê

Há quase 15 anos, em um relatório que se tornou referência mundial – “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” –, o Instituto de Medicina (IOM) declarava a necessidade de alinhamento da remuneração dos serviços de atenção à saúde a mecanismos de indução e medidas de mensuração da qualidade. O mesmo relatório conclamava reguladores, empresas de planos de saúde, financiadores e compradores de serviços a criarem um ambiente propício à valoração e ao incentivo de boas práticas e alta performance no cuidado à saúde. Concomitantemente, em muitos países desenvolvidos foi observado que a efetividade dos cuidados oferecidos à população carecia de melhoria e de critérios objetivos de mensuração. Inúmeras pesquisas demonstraram, por exemplo, que nos Estados Unidos a adesão a rotinas e processos ligados à qualidade do cuidado era muito baixa (cerca de 50%). Déficits similares eram observados no Reino Unido, na Austrália e na Nova Zelândia. Ainda hoje, os principais problemas relacionados à questão da qualidade envolvem a tríade formada pela subutilização, sobreutilização e não uso de determinadas tecnologias e processos de cuidado associados à garantia da qualidade.

Em resposta a esse cenário, desde as reformas da década de 1990, países como Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Estados Unidos têm experimentado a

transição do modelo *fee-for-service* para modelos mistos de remuneração envolvendo o pagamento por performance de prestadores de serviços de saúde (P4P). No Brasil, outras formas de remuneração representam apenas 5% do que é praticado pelo mercado de saúde suplementar; e algumas experiências no sistema público de pagamento por orçamento global e por capitação foram desenvolvidas nos últimos anos. Aliado a isso, é importante reconhecer que, no cenário brasileiro hoje, a qualidade dos serviços é primordialmente presumida. Nem no sistema público e nem no privado, salvo experiências isoladas, temos avaliação disseminada, sistemática e contínua da qualidade. A própria acreditação não é um atestado indubitável de que esse ou aquele hospital seja melhor do que o outro, mas uma ferramenta usada internacionalmente para expressar o compromisso de hospitais e serviços de diagnose e terapia com a melhoria contínua da estrutura, processos e resultados, sujeitos permanentemente à avaliação de conformidade a determinados padrões. Portanto, a acreditação é o embrião de transformações mais amplas e perenes de iniciativas de responsabilidade do próprio prestador sustentadas por elevados parâmetros de desempenho dos serviços de saúde, tendo como fio condutor a cultura da qualidade.

Hoje, a tendência mundial avança em direção à adoção de modelos de pagamento denominados na literatura internacio-

nal como *value-based* e *patient-centered*, fundamentados, principalmente, no que Michael Porter e Elizabeth Teisberg cunham em 2006 como “*value agenda*” – na qual é requerida uma reestruturação não apenas da organização da prestação dos serviços, mas também dos arranjos assistenciais que envolvem a produção da saúde e a remuneração da mesma.

Oportunamente, é preciso ressaltar que o bom desempenho e o impacto positivo das intervenções médicas na situação de saúde das populações são premissas inerentes à construção dos sistemas de saúde e seu objetivo primeiro. Em tese, não deveria ser necessária a criação de incentivos financeiros ou penalidades para que o cuidado em saúde fosse de alta qualidade. Entretanto, a compreensão de que a rede de atenção à saúde é um sistema adaptativo complexo torna clara a necessidade de estímulos aos prestadores de serviços para aderência à cultura da qualidade, incluindo a adesão a processos de acreditação.

Hoje, uma das principais inovações no horizonte da remuneração de serviços de saúde e uma das formas mais sofisticadas de mudança do modelo assistencial emergiu nos EUA como uma das âncoras do *Obamacare*, as *Accountable Care Organizations* (ACOs). As ACOs – dentre outras experiências, como os pacotes de pagamento por episódio clínico, ou *Bundled Payments for Episodes of Care* – são uma expressão do vigor das mudanças em curso, direcionadas a uma maior coordenação e efetividade do cuidado, redução de custos, uso de incentivos financeiros por performance e governança compartilhada das economias geradas pela rede.

É nesse contexto que surge a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de propor, no esteio da Lei 13.003, um alinhamento do índice

de reajuste a algum critério atrelado à qualidade, tal como a participação em programas de acreditação. Destaca-se que o índice a ser aplicado pela ANS se caracteriza por ser uma terceira via, a última opção quando as tentativas de negociação entre os prestadores e operadoras tiverem sido esgotadas, nos contratos em que a cláusula de reajuste seja a livre negociação; a Agência pretende dar uniformidade ao critério de reconhecimento das entidades acreditadoras dos prestadores para reduzir possíveis desníveis nesse processo, utilizando a filiação à *International Society for Quality in Health Care* (ISQUA), entidade reconhecida como a “acreditadora dos acreditadores”, e o INMETRO; e que esse e outros critérios estão sendo amplamente debatidos em conjunto com todos os atores do mercado por meio de Câmaras e Grupos Técnicos instituídos pela ANS com o objetivo de qualificar o debate e aprimorar a proposta.

É importante atentar para o fato de que a proposta da RN nº 364/2014 é uma iniciativa da Agência que deflagra processos que estabelecem uma relação de maior compromisso com a gestão da qualidade no cuidado no setor de saúde suplementar. A estratégia se insere num horizonte amplo de mudanças a serem fomentadas pelo órgão regulador nos próximos anos, tendo como norte processos de transição semelhantes já em curso em outros países e o estímulo de forma mais vigorosa à cultura da qualidade e modelos inovadores de pagamento.

Do ponto de vista de um setor que opera essencialmente como mercado, a lógica subjacente ao êxito de iniciativas como essa depende primordialmente da capacidade dos serviços de aprimorarem a efetividade da assistência prestada aos

“
Nem no sistema público e nem no privado, salvo experiências isoladas, temos avaliação disseminada, sistemática e contínua da qualidade”

beneficiários, sendo esse o elemento que os tornará aptos a entrarem em qualquer negociação contratual ou de reajuste numa posição diferenciada. Os prestadores de serviços que elevarem o valor do cuidado oferecido aos seus beneficiários serão os mais competitivos no mercado; enquanto aqueles que falharem em oferecer serviços de qualidade encontrarão cada vez mais pressão para saírem de sua zona de conforto. A adesão dos prestadores a esse movimento inexorável de transição pode até implicar em perdas financeiras no curto prazo, todavia, será uma decisão estratégica para os que têm visão de futuro.

Abrir caminhos para modelos inovadores e novos arranjos institucionais na

prestação dos serviços de saúde é uma questão crítica e um desafio a ser enfrentado por todos os *players* do setor, mais ainda em contextos de conjuntura econômica restritiva e de escalada dos custos em saúde. O resto do mundo há muito entendeu a insuficiência dos modelos tradicionais de pagamento, que em certo sentido “comodizaram” as necessidades e o cuidado em saúde. Portanto, na cultura da pós-modernidade, em que o consumo é considerado um investimento, e somos impelidos a esperar exatamente aquilo pelo que pagamos, a lógica da remuneração dos serviços e do cuidado em saúde baseados em valor é algo que de fato faz todo o sentido. ⊕