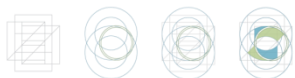


# Modelos de Remuneração Um Panorama

Daniele Pinto da Silveira

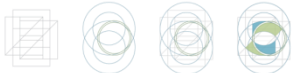
ASSESSORIA/DIRAD/DIDES



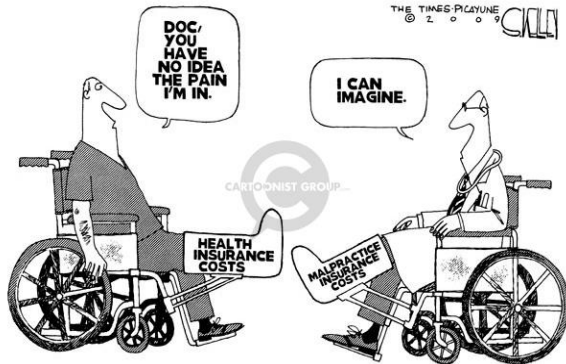
01/10/2015

# Objetivo

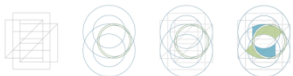
- APRESENTAR PRINCIPAIS MODELOS DE REMUNERAÇÃO FOCALIZANDO NA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL
- TRAÇAR COMPARATIVO ENTRE OS MODELOS IDENTIFICADOS



# Por Que Discutir Modelos de Pagamento?



Copyright by Steve Kelley.



# Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

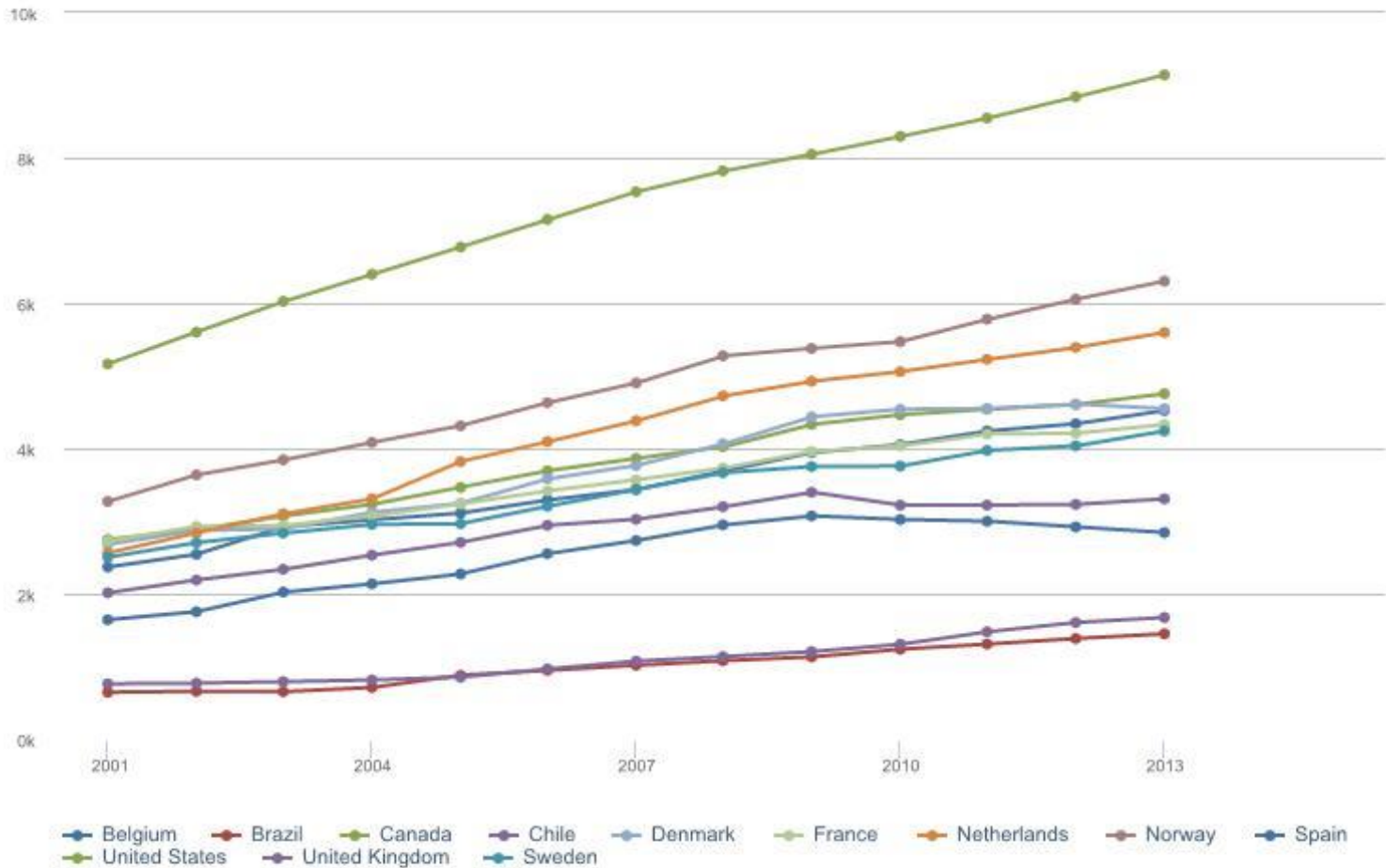
- Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países vinculados a **aumento da qualidade** e a necessidade de **redução de custos elevados** na prestação de serviços em saúde.
- Brasil se insere neste mesmo Contexto: dados de despesa assistencial das OPS no último ano (comparativo do 2º trim/2014 e 2º trim/2015) apontam aumento da sinistralidade = +2,27%
- Modelo vigente na SS → FFS : estímulo à competição por clientes e por realização de procedimentos. Remunera quantidade de serviços produzidos.
- **Modelos de Remuneração → instrumento de mudança do Modelo Assistencial.**
- Cerne da discussão: **em que direção queremos essa mudança?** Qual deve ser o foco desse Modelo (Faturamento, Custos, Desfechos, Paciente, Qualidade)?

# Por Que Discutir Modelos de Pagamento?

*“ Public and private purchasers should examine their current payment methods to remove barriers that impede quality improvement and to build stronger incentives for quality enhancement.”*

(INSTITUTE OF MEDICINE, IOM, 2001)

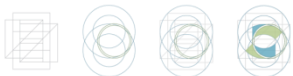
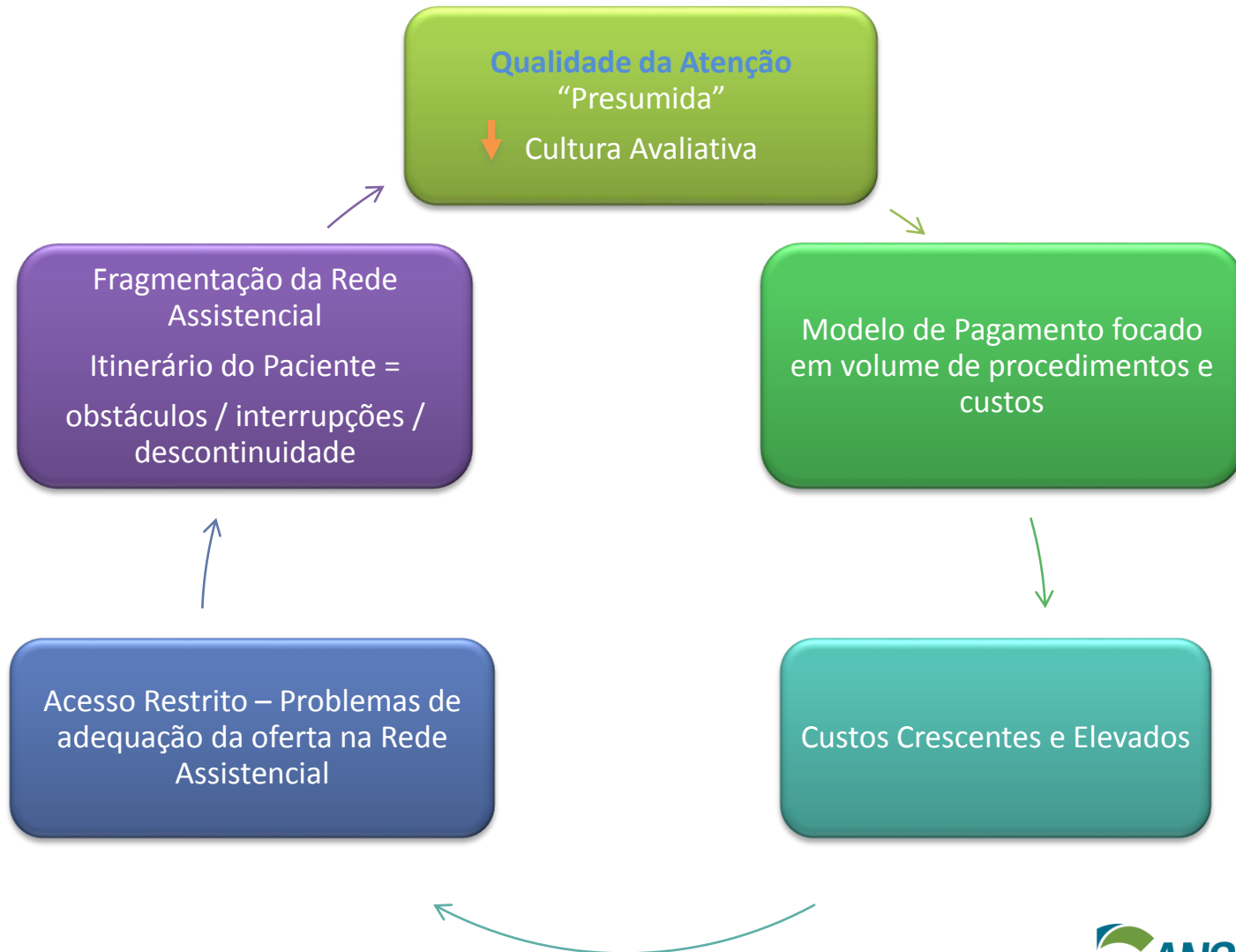
# Comparativo da Média de Gastos em Saúde Per Capita – Dólar PPP - World Bank



Series : Health expenditure per capita, PPP  
 Source: Health Nutrition and Population Statistics  
 Created on: 09/30/2015

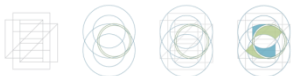
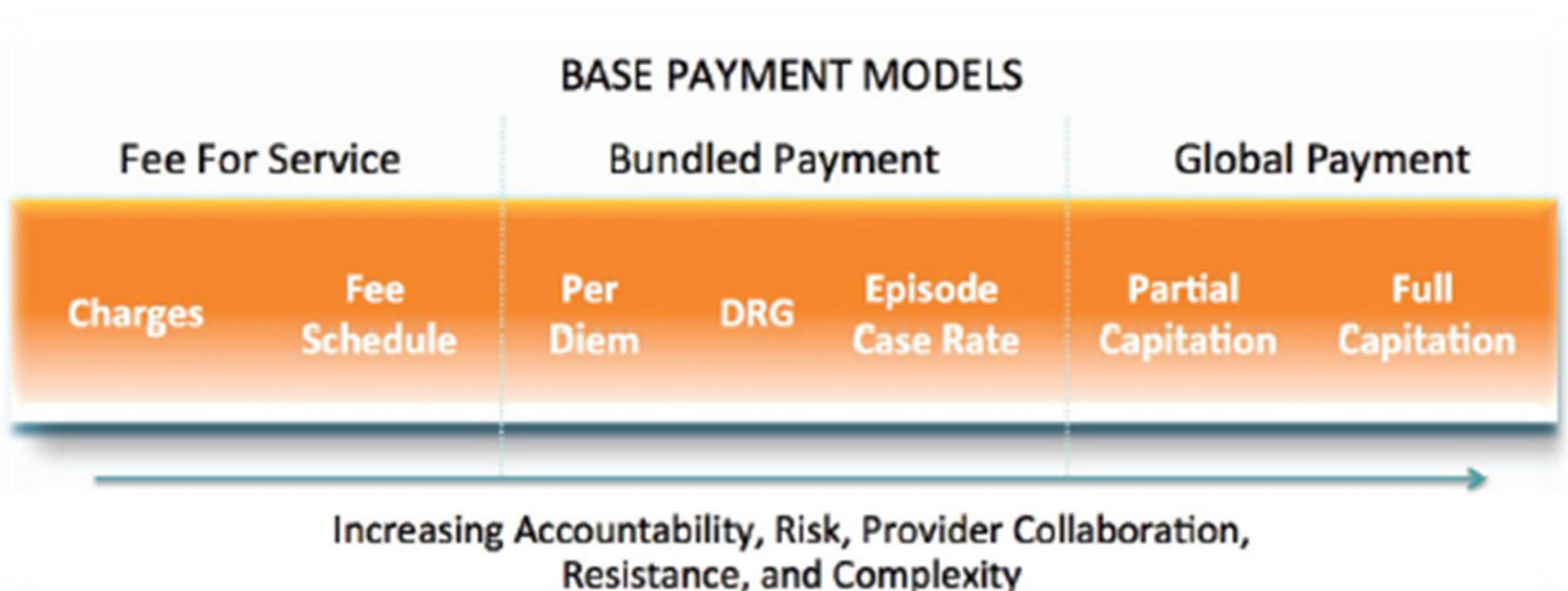
Eixo do Y: 1 K = 1.000 US\$

# Por Que Discutir Modelos de Pagamento?



# Novos Modelos de Remuneração

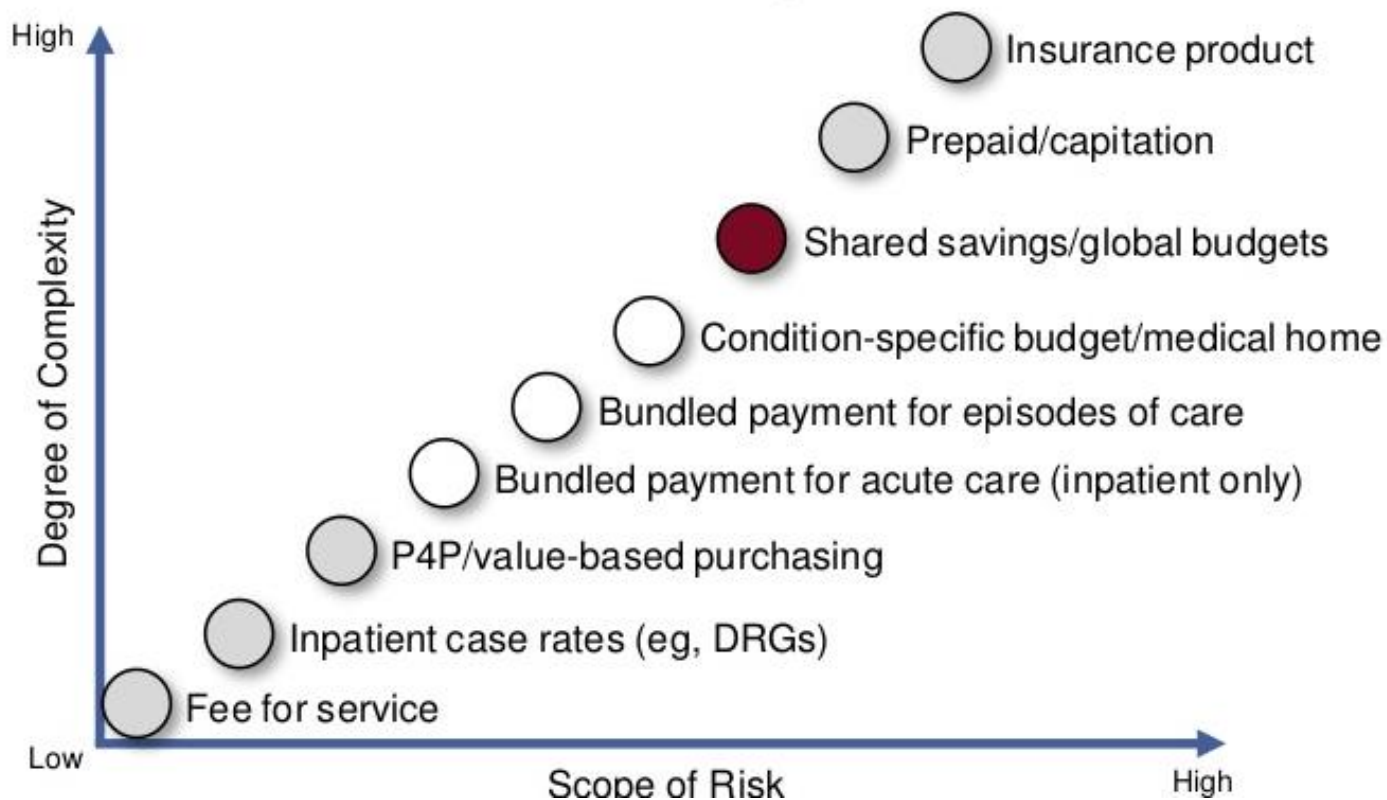
- A maioria dos autores afirma: À medida que evoluímos do sistema de FFS para sistemas mais sofisticados, há uma **transferência de risco do financiador para o prestador**.



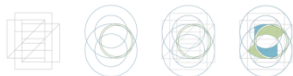


# Novos Modelos de Remuneração

## New Payment Models Incentivize Value and Accountability

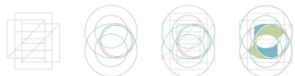


Fonte: Lee B. Sacks, MD. 2012.



# Modelos de Remuneração

Tabela do Excel com Quadro Comparativo



# Reforma do Sistema de Saúde - EUA



Crédito da Imagem: Walt Handelsman

## The Patient Protection and Affordable Care Act

Ampliação do acesso a planos de saúde 'pagáveis', incentivos à melhoria de qualidade dos cuidados em saúde e dos planos e tentativa de contenção dos gastos em saúde.

## Health Security Act

Proposta de Cobertura Universal: Enfrentou controvérsias e pressão do mercado e da indústria farmacêutica. Plano rejeitado pelo Senado em 1994

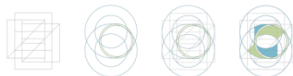
Presentes no Debate nas duas Iniciativas:

**A Não-cobertura ou possibilidade dela!!!**

Risco de sair do plano / perder o plano (planos empresariais)

X


Risco de "lose savings" – gastos catastróficos



# Affordable Care Act (ACA) ou “Obamacare”

## Novos Modelos de Remuneração e Novos Produtos

### Planos de Saúde – Value-Based Insurance Products

1. Relacionar Pagamento  Qualidade do Cuidado Prestado
2. Recompensar Prestadores de Serviços pela qualidade e pela eficiência na Atenção à Saúde.
3. Aumentar Qualidade do Serviço.
4. Diminuir crescimento nos gastos em saúde.

### Novos Modelos de Remuneração e Compartilhamento de Risco

Shared Savings Program - SSP

**Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) – âmbito do Medicare: (1) Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); (2) Bundled Payments for Episodes of Care; (3) Condition-specific Budget (Medical Home)**

# Affordable Care Act (ACA) ou “Obamacare”

Existem experiências de  
ACO`s privadas

## Patient Protection and Affordable Care Act

- ✓ Affordable Care Act exigiu U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
  - criação das Accountable Care Organizations em 2012.
- ✓ Grupos de Prestadores de Serviços aceitam responsabilidade pelos custos e resultados/desfechos de uma população específica.
- ✓ Prestadores devem prover dados para avaliação de performance / qualidade.
- ✓ Prevê incremento da qualidade nos serviços prestados pelo Medicare.
- ✓ Estabelece novos modelos de pagamento.
- ✓ Alinha pagamento com custos!
- ✓ Estabelece o Programa Medicare Shared Savings Program - 3 objetivos:
  1. Melhorar cuidados em saúde no nível individual;
  2. Melhorar a saúde da população;
  3. Diminuir aumento nos gastos em saúde.

# Accountable Care Organizations - ACO

## Definição

Grupo elegível de ACO's participantes: grupos de médicos, hospitais e outros provedores de serviços de saúde, que se juntam voluntariamente, para oferecer cuidados em saúde de alta qualidade de modo coordenado a seus pacientes do Medicare. Já existem nos EUA e na Europa ACO's privadas.

## Características

Programa Voluntário.

Define mecanismos de governança compartilhada - em termos da prestação dos serviços e do pagamento.

Partilha das economias geradas pela prestação de cuidados de saúde coordenada.

## Objetivo

O objetivo principal é garantir que os pacientes, pp os DCNT, tenham atendimento acesso a tratamento adequado e oportuno; evitando a duplicação de serviços e prevenindo erros médicos. Quando há êxito na implementação da ACO – alta qualidade e gastos apropriados – há partilha entre os prestadores da economia gerada.

Cuidados primários de saúde =  
base da estrutura das ACO na  
avaliação da performance da  
qualidade assistencial e  
financeira



# Accountable Care Organizations - ACO

## Exigências Federais para as ACO's

- ✓ Contrato de Participação de no mínimo 3 anos – Gestão da Estrutura
- ✓ Formalização por meio de instrumento legal da estrutura de recebimento e distribuição para Partilha das Economias (*Shared Savings*).
- ✓ Compromisso de Enviar Dados - *Key Data* - to HHS
- ✓ Processos Definidos para incentivar Processos baseados em Med. Baseada em Evidências (EBM), Qualidade da Atenção, Economia de Custos, Coordenação do Cuidado em Saúde (ênfase em cuidados continuados)
- ✓ Estrutura de Cuidados Primários para os Beneficiários inscritos (no mínimo 5.000)
- ✓ Uso do Critério de Foco no Paciente (Centered-Patient Criteria)

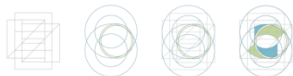
# Accountable Care Organizations - ACO

## ACO X HMO

Características	Accountable Care Organization - ACO	Managed Care Organization - HMO
<b>Foco</b>	Paciente	Prestadores e Pagadores
<b>Objetivo</b>	Redução dos Custos - Base População	Redução dos Preços
<b>Meta Financeira</b>	Identificar "Economias" e Eficiências do Sistema	Aumentar Volume
<b>Qualidade</b>	Pagamento Dependente da Qualidade	Garantia de Qualidade
<b>Contratos</b>	Contrato Único (Integrado entre Prestadores Participantes)	Acordos Separados / Fragmentados
<b>Pagamentos</b>	Pagamento por Performance	Gatekeeper, Pre-Certificação
<b>Foco do Médico</b>	Médico da Atenção Primária	Especialistas
<b>Indicadores de Satisfação</b>	Foco: Experiência do paciente e do Prestador	Paciente
<b>Escolhas dos Pacientes</b>	Resultados orientam as referências / preferências	Referências limitadas por restrições contratuais

Fonte: Fonte: <https://www.cms.gov/>

**Principal desafio de implementação das ACO:**  
**Sistema Fragmentado de Prestação de Serviços :**  
muitos hospitais e grupos clínicos não estão capacitados para gerenciar todos os serviços a serem prestados a um único paciente.





# Shared Savings Program - SSP

- ✓ Promover transparência e prestação de contas (Accountability) para a população
- ✓ Aprimorar coordenação dos serviços
- ✓ Encorajar investimento em infraestrutura de serviços – a partir das “economias geradas”
- ✓ Redesenhar os processos de cuidado em saúde – melhorias de qualidade e eficiência
- ✓ Permite aos prestadores atuarem em conjunto – Cuidados Coordenados
- ✓ Estabelece **shared savings payments** - Share savings with the ACO
- ✓ Payments will continue under FFS – Establishes the methodology to calculate savings
- ✓ ACOs não podem evitar pacientes de alto risco.



# Shared Savings Program - SSP

## Principais Alvos de Redução de Custos do SSP

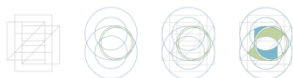
### ❑ Utilização de Procedimentos Hospitalares

- Internações potencialmente evitáveis
- Readmissões Evitáveis

❑ **Serviços de Imagem:** Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, PET-SCAN, Medicina Nuclear

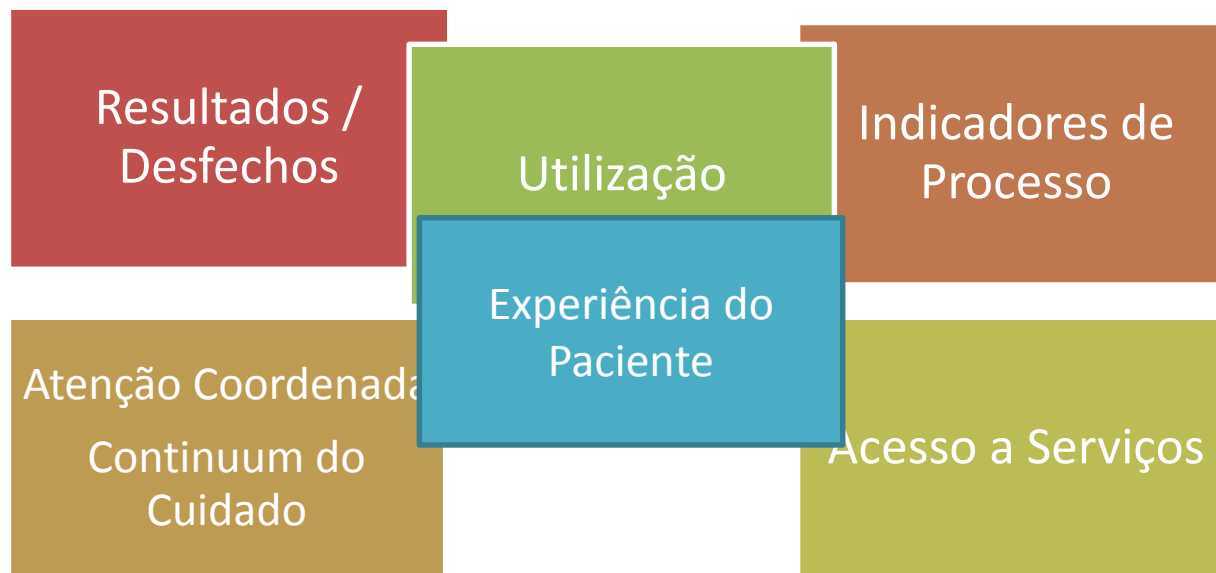
### ❑ Cuidados com pacientes agudos pós-internação

- Cuidados Domiciliares de Enfermagem – Duração do Acompanhamento
- Cuidados de Home-Care



# Accountable Care Organizations - ACO

## *Dimensões da Avaliação em Saúde – ACO*

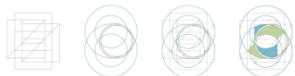


# Accountable Care Organizations - ACO

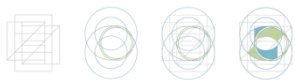
## Medidas de Qualidade

### Quality Reporting Measures

Domínio	Categoria	Qtd de Medidas
Experiência do Paciente/Prestador	Melhoria no Cuidado Individual	7
Coordenação do Cuidado		16
Segurança do Paciente		2
Prevenção em Saúde	Melhoria no Cuidado da População	9
População Sob Risco Saúde do Idoso	Diabetes	31
	Insuficiência Cardíaca	
	Doença Arterial Coronariana	
	Hipertensão Arterial	
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	
	Idosos Frágeis	



# EXPERIÊNCIAS DO MUNDO REAL



# Quality and Outcome Framework (QOF) – Reino Unido

- Reino Unido implementou em 2004 o *Quality and Outcome Framework (QOF)*, em âmbito nacional dentro do *National Health System (NHS)*.
- Estabelece processos e define metas em determinadas áreas de cuidado por médicos generalistas, em nível ambulatorial.
- Generalistas recebem ganhos financeiros à parte de seus salários ao comprovar resultados de uma faixa pré-estabelecida de 140 diferentes indicadores de saúde. Esquema de incentivo propicia até 25% de ganhos extras.
- Divulgação da performance individual de acesso irrestrito.
- Demonstrado redução das variações da qualidade do cuidado nas áreas de interesse do programa, beneficiando principalmente áreas de menor assistência e com maior potencial de incremento.

Fontes: HARRIS, 2012 p. 579; BOECKXSTAENS et al., 2011



# US Premier Hospital Quality Incentive Demonstration - EUA

- **US Premier Hospital Quality Incentive Demonstration**, voltado para atendimento de 5 condições de atendimentos intra-hospitalares: (1) infarto agudo do miocárdio, (2) insuficiência cardíaca, (3) cirurgia de revascularização miocárdica, (4) artroplastia de joelho e (5) artroplastia de quadril.
- Estudos não-randomizados de grupo-controle demonstraram uma melhora modesta dos índices avaliados, sem efeitos na mortalidade ou nos custos. Essa melhora foi mais pronunciada nos hospitais com menores indicadores, também devido a maior faixa de possibilidade de incremento do desempenho.
- Há autores que contrapõe as conclusões afirmando que o modelo recompensou os que já tinham um elevado nível de desempenho → uma das principais questões do P4P – melhores resultados tendem a aparecer em prestadores com bom desempenho. Como estimular melhoria de qualidade de modo mais sistêmico?

Fonte: ROSENTHAL et. al., 2005 ; RYAN, 2009; MELO; SOUSA, 2011; BANKOWITZ, 2012; .



# HEDIS – NCQA - EUA

## HEDIS® and Quality Compass®

HEDIS é uma ferramenta usada por mais de 90% dos Planos de Saúde Americanos para mensurar o desempenho em dimensões essenciais do cuidado e do serviço de saúde.

Devido ao fato de muitos planos de saúde coletarem dados do HEDIS e as medidas serem bem definidas e selecionadas, é possível comparar a qualidade dos planos entre si.

As Medidas de Qualidade do HEDIS incluem medidas de amplo espectro, como: Uso de Medicação para Asma, Persistência de Tratamento com Beta Bloqueador após Ataque Cardíaco e Controle da Pressão Arterial, Atenção ao Diabético, Rastreamento do Câncer de Mama, Obesidade em Adultos, Gerenciamento de Medicação Antidepressiva.

Consumidores tem acesso ao HEDIS por meio do [State of Health Care Quality](#) e no [Quality Compass](#), uma ferramenta interativa que permite aos usuários comparar os diferentes planos segundo indicadores de qualidade e desempenho.

See more at: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/WhatisHEDIS.aspx#sthash.iPQSQqDr.dpuf>



# A EXPERIÊNCIA DE PORTUGAL

Portugal → realizou **reformas no Sistema de Saúde** com Objetivos Principais: pagamento por desempenho, a contratualização e a avaliação da qualidade.

Novo Modelo 2005 → **reorganização da Atenção Primária com sistema de pagamento misto**: capitação, salário, incentivos sensíveis à produtividade, à acessibilidade e à qualidade.

**Pagamentos de incentivos direcionados prestadores e diretamente aos médicos.**

Os indicadores relativos à disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação.

Indicadores monitorados para remuneração de médicos se vinculam a vigilância de planejamento familiar, atenção pré-natal, puericultura nos dois primeiros anos, controle de pacientes diabéticos e hipertensos, além de cuidados domiciliares.

Houve resultados satisfatórios em relação aos custos e à cobertura. Foi demonstrada uma redução em torno de 25% em custos com aumento das taxas de cobertura da população em comparação aos Centros de Saúde tradicionais.

Houve também aumento da satisfação de usuários e profissionais. Fonte: PISCO, 2011

# Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework—A Systematic Review

Stephen J. Gillam, MD, FFPH,  
FRCP, FRCGP<sup>1</sup>

A. Niroshan Siriwardena, MMedSci,  
PhD, FRCGP<sup>2</sup>

Nicholas Steel, PhD, FFPH, MRCP<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health and Primary Care, Institute of Public Health, University of Cambridge, Cambridge, England

<sup>2</sup>Faculty of Health, Life & Social Sciences, University of Lincoln, England

<sup>3</sup>Norwich Medical School, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of East Anglia, Norwich, England

## ABSTRACT

**PURPOSE** Primary care practices in the United Kingdom have received substantial financial rewards for achieving standards set out in the Quality and Outcomes Framework since April 2004. This article reviews the growing evidence for the impact of the framework on the quality of primary medical care.

**METHODS** Five hundred seventy-five articles were identified by searching the MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO databases, and from the reference lists of published reviews and articles. One hundred twenty-four relevant articles were assessed using a modified Downs and Black rating scale for 110 observational studies and a Critical Appraisal Skills Programme rating scale for 14 qualitative studies. Ninety-four studies were included in the review.

**RESULTS** Quality of care for incentivized conditions during the first year of the framework improved at a faster rate than the preintervention trend and subsequently returned to prior rates of improvement. There were modest cost-effective reductions in mortality and hospital admissions in some domains. Differences in performance narrowed in deprived areas compared with nondeprived areas. Achievement for conditions outside the framework was lower initially and has worsened in relative terms since inception. Some doctors reported improved data recording and teamwork, and nurses enhanced specialist skills. Both groups believed that the person-centeredness of consultations and continuity were negatively affected. Patients' satisfaction with continuity declined, with little change in other domains of patient experience.

**CONCLUSIONS** Observed improvements in quality of care for chronic diseases in the framework were modest, and the impact on costs, professional behavior, and patient experience remains uncertain. Further research is needed into how to improve quality across different domains, while minimizing costs and any unintended adverse effects of payment for performance schemes. Health care organizations should remain cautious about the benefits of similar schemes.

Ann Fam Med 2012;10:461-468. doi:10.1370/afm.1377.

## INTRODUCTION

Strong primary care is widely accepted to be a prerequisite for effective, efficient, sustainable health systems and to lead to better popula-

## Destaques:

• Estudo do Grupo do Institute of Health, University of Cambridge, Reino Unido

• Análise de implementação (após 8 anos – iniciado em 2004) “Quality and Outcomes Framework” – QOF no Reino Unido (NHS).

• QOF : mais ampla estratégia, em âmbito nacional, do mundo, para adoção de pagamento por performance na atenção primária.

• QOF : mais que um esquema de pagamento – considerado uma intervenção complexa no sistema de saúde inglês que inclui: (1) incentivos financeiros; (2) Cuidados em saúde coordenados e baseado em “equipes de referência”; (3) metas de qualidade baseada em evidências (EBM); (4) Suporte de TI disponibilidade de informação p/ tomada de decisão em diferentes pontos de acesso.



Conflicts of interest: Drs Gillam and Steel are members of the Primary Care Quality and Outcomes Framework Advisory Committee, National Institute for Health and Clinical Excellence.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Comparison of two methods to report potentially avoidable hospitalizations in France in 2012: a cross-sectional study

Rodolphe Bourret<sup>1,2</sup>, Grégoire Mercier<sup>1,2\*</sup>, Jacques Mercier<sup>1,2,3</sup>, Olivier Jonquet<sup>1,2,3</sup>, Jean-Emmanuel De La Coussaye<sup>2,3,4</sup>, Philippe J Bousquet<sup>2</sup>, Jean-Marie Robine<sup>2,5</sup> and Jean Bousquet<sup>1,2,3</sup>

## Abstract

**Background:** Potentially avoidable hospitalizations represent an indirect measure of access to effective primary care. However many approaches have been proposed to measure them and results may differ considerably. This work aimed at examining the agreement between the Weissman and Ansari approaches in order to measure potentially avoidable hospitalizations in France.

**Methods:** Based on the 2012 French national hospital discharge database (*Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*), potentially avoidable hospitalizations were measured using two approaches proposed by Weissman et al. and by Ansari et al. Age- and sex-standardised rates were calculated in each department. The two approaches were compared for diagnosis groups, type of stay, severity, age, sex, and length of stay.

**Results:** The number and age-standardised rate of potentially avoidable hospitalizations estimated by the Weissman et al. and Ansari et al. approaches were 742,474 (13.3 cases per 1,000 inhabitants) and 510,206 (9.0 cases per 1,000 inhabitants), respectively. There are significant differences by conditions groups, age, length of stay, severity level, and proportion of medical stays between the Weissman and Ansari methods.

**Conclusions:** Regarding potentially avoidable hospitalizations in France in 2012, the agreement between the Weissman and Ansari approaches is poor. The method used to measure potentially avoidable hospitalizations is critical, and might influence the assessment of accessibility and performance of primary care.

**Keywords:** Diagnosis-related groups, International classification of disease, Potentially avoidable hospitalizations, PMSI, France

## Background

The concept of potentially avoidable hospitalizations (PAH) or ambulatory care sensitive hospitalizations (ACSH) was proposed as an indirect measure of access to effective primary care [1-5]. It has also been used as a marker of overall healthcare system performance [6,7]. This approach is appealing since a large number of states, regions or hospitals have reliable data on hospital discharges and limited data on ambulatory care [8]. Avoiding admission represents a substantial reduction in

costs, enhances patients' quality of life and is an issue of considerable interest to policy makers and the public [9]. Higher rates of PAH are associated with socioeconomic deprivation [10,11], poor accessibility to primary care [5], and deficient continuity of care [12]. PAH can be reduced by programs aimed at improving primary care delivery [13,14] or by multifaceted interventions [15]. Thus PAH rates might increase where access to GPs is lower and where primary care is suboptimal.

In France, primary care is mostly delivered by self-employed physicians in the ambulatory care sector. General Practitioners have been playing a semi gatekeeping role since the late 1990s. Although patients are financially incentivized to visit their GP before being referred to a specialist, the gate-keeping procedure is not mandatory

## Destaques:

• Estudo do Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, França

• Análise Comparada de 2 métodos para informar hospitalizações evitáveis (PAH) na França.

• PAH = Medida Indireta de Acesso à Atenção Primária a partir de dados hospitalares – Muito utilizado como marcador do acesso e da efetividade da atenção primária. Também como medida da performance do modelo de atenção.

• O Estudo apresenta estimativas de Internações Evitáveis na França por meio dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (Programme de Medicalisation des Systèmes d'Information), por meio de duas abordagens: Weissman et al. X Ansari et al.

• Falta de coordenação das ações de saúde na AP, descontinuidade do cuidados, doenças crônicas e comorbidades: principais causas de PAH

\* Correspondence: g-mercier@chu-montpellier.fr

<sup>1</sup>Centre Hospitalier Universitaire, Montpellier, France

<sup>2</sup>MACMA-UR: Fighting Chronic Diseases for Active and Healthy Ageing (Reference Site of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing), Montpellier, France

# Effect of Payment Incentives on Cancer Screening in Ontario Primary Care

Tara Kiran, MD, MSc<sup>1-3</sup>

Andrew S. Wilton, MSc<sup>4</sup>

Rabim Moineddin, PhD<sup>3-5</sup>

Lawrence Paszat, MD, MSc<sup>4</sup>

Richard H. Glazier, MD, MPH<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup>Keenan Research Centre in the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

<sup>2</sup>Department of Family and Community Medicine, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada

<sup>3</sup>Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Ontario, Canada

<sup>4</sup>Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario, Canada

<sup>5</sup>Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Ontario, Canada



## ABSTRACT

**PURPOSE** There is limited evidence for the effectiveness of pay for performance despite its widespread use. We assessed whether the introduction of a pay-for-performance scheme for primary care physicians in Ontario, Canada, was associated with increased cancer screening rates and determined the amounts paid to physicians as part of the program.

**METHODS** We performed a longitudinal analysis using administrative data to determine cancer screening rates and incentive costs in each fiscal year from 1999/2000 to 2009/2010. We used a segmented linear regression analysis to assess whether there was a step change or change in screening rate trends after incentives were introduced in 2006/2007. We included all Ontarians eligible for cervical, breast, and colorectal cancer screening.

**RESULTS** We found no significant step change in the screening rate for any of the 3 cancers the year after incentives were introduced. Colon cancer screening was increasing at a rate of 3.0% (95% CI, 2.3% to 3.7%) per year before the incentives were introduced and 4.7% (95% CI, 3.7% to 5.7%) per year after. The cervical and breast cancer screening rates did not change significantly from year to year before or after the incentives were introduced. Between 2006/2007 and 2009/2010, \$28.3 million, \$31.3 million, and \$50.0 million were spent on financial incentives for cervical, breast, and colorectal cancer screening, respectively.

**CONCLUSIONS** The pay-for-performance scheme was associated with little or no improvement in screening rates despite substantial expenditure. Policy makers should consider other strategies for improving rates of cancer screening.

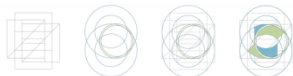
*Ann Fam Med* 2014;317-323. doi: 10.1370/afm.1664.

## INTRODUCTION

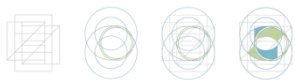
Governments around the world are trying to align physician financial incentives with desired health system goals. In the United States, the National Commission on Physician Payment Reform

## Destques:

- Estudo do Grupo: Institute of St. Michael's Hospital (Toronto), University of Toronto, Institute for Clinical Evaluative Evidence (Ontario)
- Análise da implementação do P4P para médicos da Atenção Primária em Ontario (Canadá)
- Estudo Longitudinal com dados administrativos da cobertura do rastreamento para cânceres selecionados e perfil de gastos.



**O QUE MUNDO ESTÁ FAZENDO  
COM ESSAS INFORMAÇÕES?**



# Experiências de Disponibilização de Dados sobre Prestadores de Serviços de Saúde com base em medidas de performance

NCQA Mobile – on Google Play and Apple Store

<http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement.aspx>



NCQA

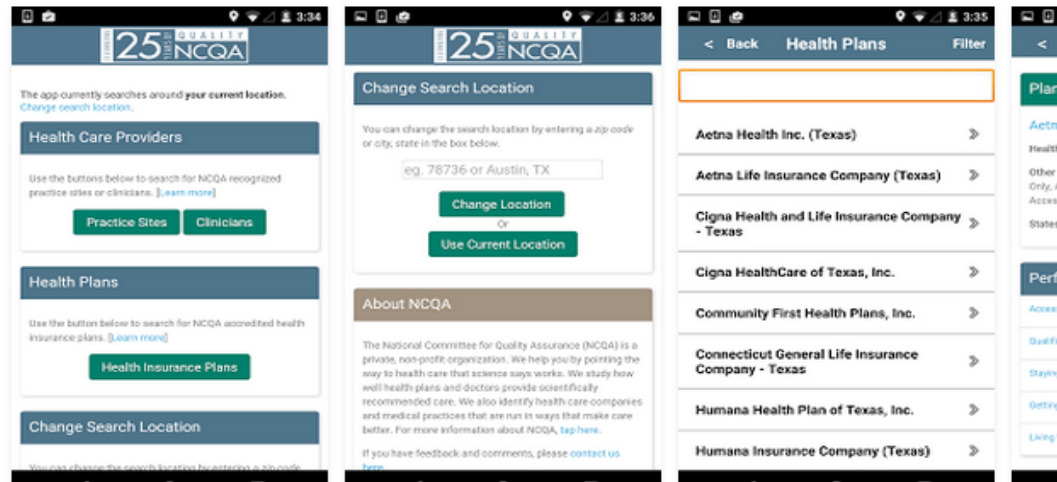
Ringful Health LLC Medicina



× Este app não é compatível com seu dispositivo.

Adicionar à Lista de desejos

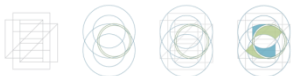
Instalar



Traduzir a descrição para Português usando o Google Tradutor?

Traduzir

You now have more health care choices than ever. NCQA App provides the information you need to make informed decisions. It helps you choose a doctor and a health insurance plan. You can search for clinics, physicians and specialists by location. Each of them are recognized for their commitment to patient-centered, high quality care. You can also search for a health insurance



# Experiências de Disponibilização de Dados sobre Prestadores de Serviços de Saúde com base em medidas de performance

Leapfrog Hospital Safety Score – on Google Play and Apple Store

<http://www.leapfroggroup.org/cp>

Mais pesquisados Lançamentos



## Leapfrog Hospital Safety Score

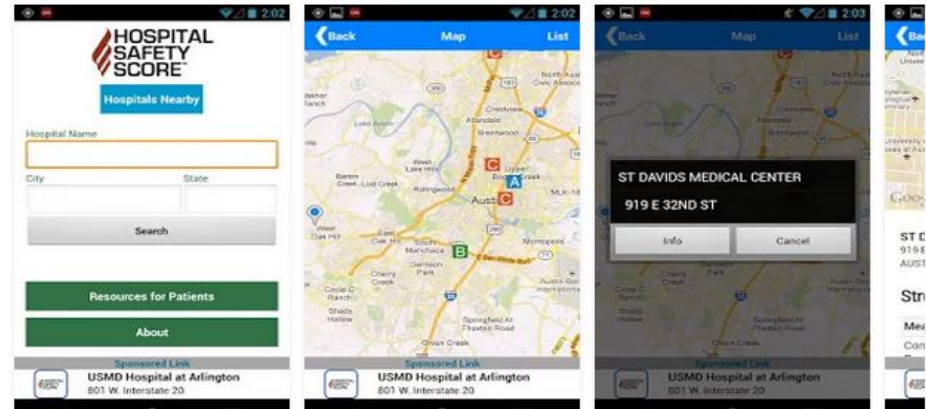
Ringful Health LLC Saúde e fitness

★★★★★ 21



Este app é compatível com seu dispositivo.

Instalado



Traduzir a descrição para Português usando o Google Tradutor?

Traduzir

How safe is your hospital? Instantly find the A, B, C, D or F Hospital Safety Score of the hospitals nearest you almost anywhere in the United States! The Hospital Safety Score is a letter grade assigned to general hospitals based on how well they prevent medical errors, injuries, accidents, and infections. Almost 1 in 4 patients admitted to a hospital experience some sort of error, injury or harm during their stay. Don't be a statistic! Once at the hospital, use the app to help guide a conversation with your doctor, making sure you ask questions related to safety that can protect yourself or loved ones during a hospital stay. For more information about the Hospital Safety Score, visit [www.hospitalsafetyscore.org](http://www.hospitalsafetyscore.org)



# Disponibilização de Dados sobre Prestação de Serviços de Saúde

Departamento de Saúde dos EUA

– Parceria com a AHRQ

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

## AHRQ ePSS

[Ver mais deste desenvolvimento](#)

De U.S. Department of Health & Human Services–AHRQ

Abra o iTunes para comprar e baixar apps.



### Descrição

#### Overview

The Electronic Preventive Services Selector (ePSS) is an application designed and developed by the U.S. Department of Health & Human Services (HHS), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), the Nation's lead Federal agency for research on health care quality, costs, outcomes and patient safety.

The ePSS application was developed to assist primary care clinicians identify the screening, counseling, and preventive medication services that are appropriate for their patients. The ePSS information is based on the current recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) and can be searched by specific patient characteristics, such as age, sex, and selected behavioral risk factors. The ePSS is available as a web application or mobile applications.

Web Application: <http://epss.ahrq.gov>

- Compatible with major browsers: Internet Explorer 6+; Firefox 2+; Safari 3+, Opera 9+
- Latest recommendations information updated by the USPSTF
- User friendly interface
- Print friendly format available

Mobile Application:

- Compatible version available for iPhone, iPod Touch, iPad and all other major mobile platforms\*
- Full functionality of the ePSS Web application
- Full mobility without the need for wireless or internet connectivity \*\*
- Optional subscription for email notifications of available updates
- Automated ePSS data updates

\* View the supported device list to check for compatibility with your specific device

\*\* Application downloads and data updates require internet connectivity

[Site para U.S. Department of Health & Human Services–AHRQ](#) [Suporte para AHRQ ePSS](#)

## Captura de tela do iPhone

Carrier 3:36 PM

Reset Search Start

Enter the following information to retrieve recommendations from the USPSTF Preventive Services Database.

Age: 25 Years

Sex: both Female Male

Pregnant: No Yes

Tobacco User: n/a No Yes

Sexually Active: n/a No Yes

Search Browse Bookmarks Tools More

Carrier 3:34 PM

Back General Clinical Rationale Tools

**High Blood Pressure:  
Screening -- Adults 18 and Over**

Grade: **A\*** (Strongly Recommended)

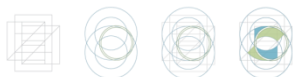
**Specific Recommendations:**  
The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommends screening for high blood pressure in adults aged 18 and older.

**Frequency of Service:**  
The JNC recommends screening every 2 years in persons with blood pressure less than 120/80 mm Hg and every year with systolic blood pressure of 120 to 139 mm Hg or diastolic blood pressure of 80 to 90 mm Hg. Evidence is lacking on the optimal interval for screening adults for hypertension.

**Risk Factor Information:**  
**No information available.**

\* Indicates a new grade definition.

Search Browse Bookmarks Tools More





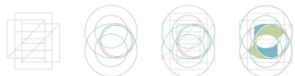
## Questões para a Discussão

Dado que o modelo predominante (FFS) no Brasil para remuneração dos serviços de saúde é insuficiente para os avanços que são necessários no modelo assistencial e na sustentabilidade do setor:

- 1) Que modelos de remuneração apresentados são adaptáveis / aplicáveis à realidade brasileira?
- 2) Como formatar “produtos” baseados nos novos modelos, na saúde suplementar?
- 3) Em termos de P4P o que deve ser melhor remunerado? O *Fator de Qualidade* é um incentivo à melhoria da atenção prestada ao beneficiário?
- 4) Que indicadores e parâmetros de qualidade em saúde podem ser considerados “drivers” de mudança da qualidade assistencial e constituírem fatores de pagamento por desempenho?

*“Existem dois tipos de riscos: aqueles que não podemos nos dar ao luxo de correr e aqueles que não podemos nos dar ao luxo de não correr.”*

**Peter Drucker**



**Competition makes things come out right. Well, what does that mean in health care? More hospitals so they compete with each other. More doctors compete with each other. More pharmaceutical companies. We set up war. Wait a minute, let's talk about the patient. The patient doesn't need a war.**

Fonte: Donald Berwick