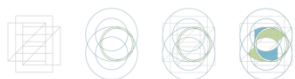


Modelos de Remuneração e Qualidade: Desafios e Perspectivas

Martha Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial
Agência Nacional de Saúde Suplementar

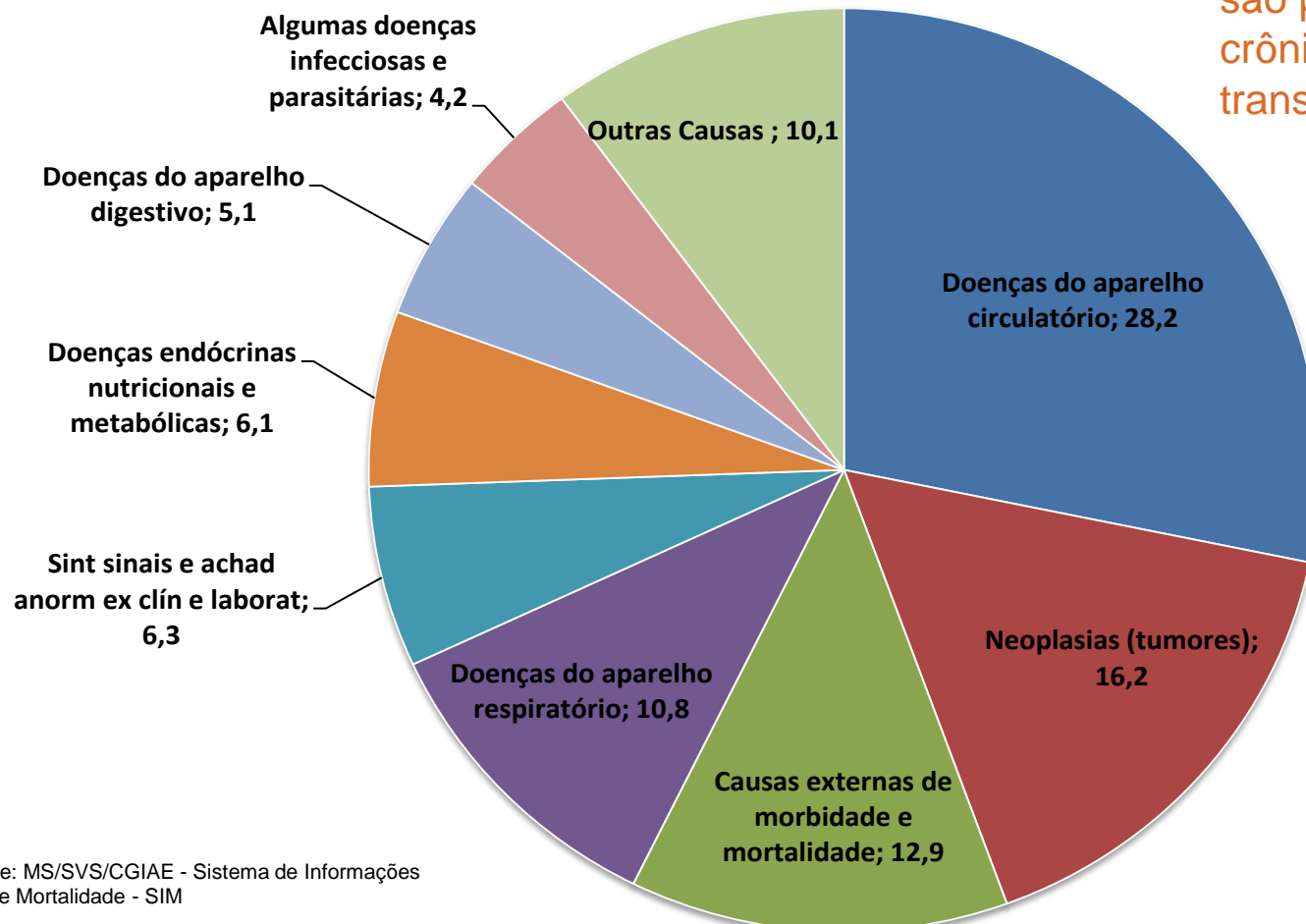


13/06/2016

Condições de Saúde no Brasil

Mortalidade Geral por Capítulo da CID-10 - 2014

72% dos óbitos são por doenças crônicas não-transmissíveis



Desafios para a Saúde Suplementar

Transição Demográfica
de rápida evolução

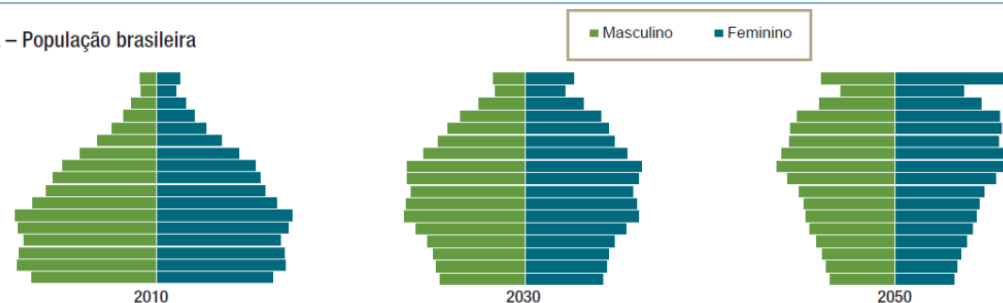
Transição Epidemiológica

Transição Tecnológica

Transição na organização
dos serviços de saúde

Perfil demográfico e projeção (2010, 2030, 2050)

A – População brasileira



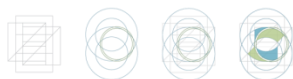
B – Beneficiários de planos privados de assistência médica



Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008 e SIB/ANS/MS – 12/2009

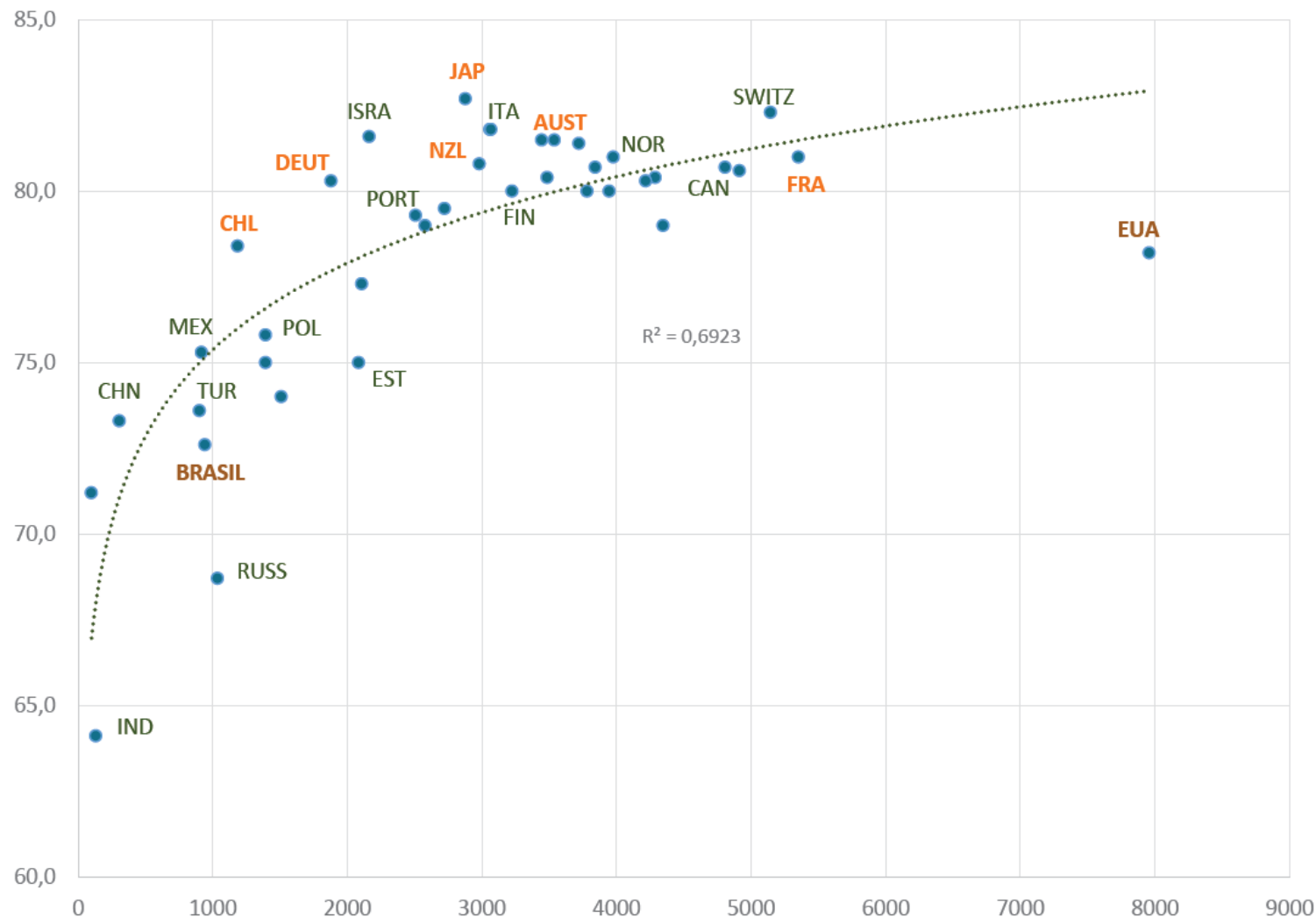
Notas: 1. As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

2. As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.



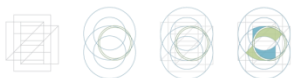
Desafios para a Saúde Suplementar

Gráfico 1 - Correlação da Expectativa de Vida em Países Selecionados e Gastos per capita em Saúde - 2013

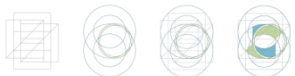
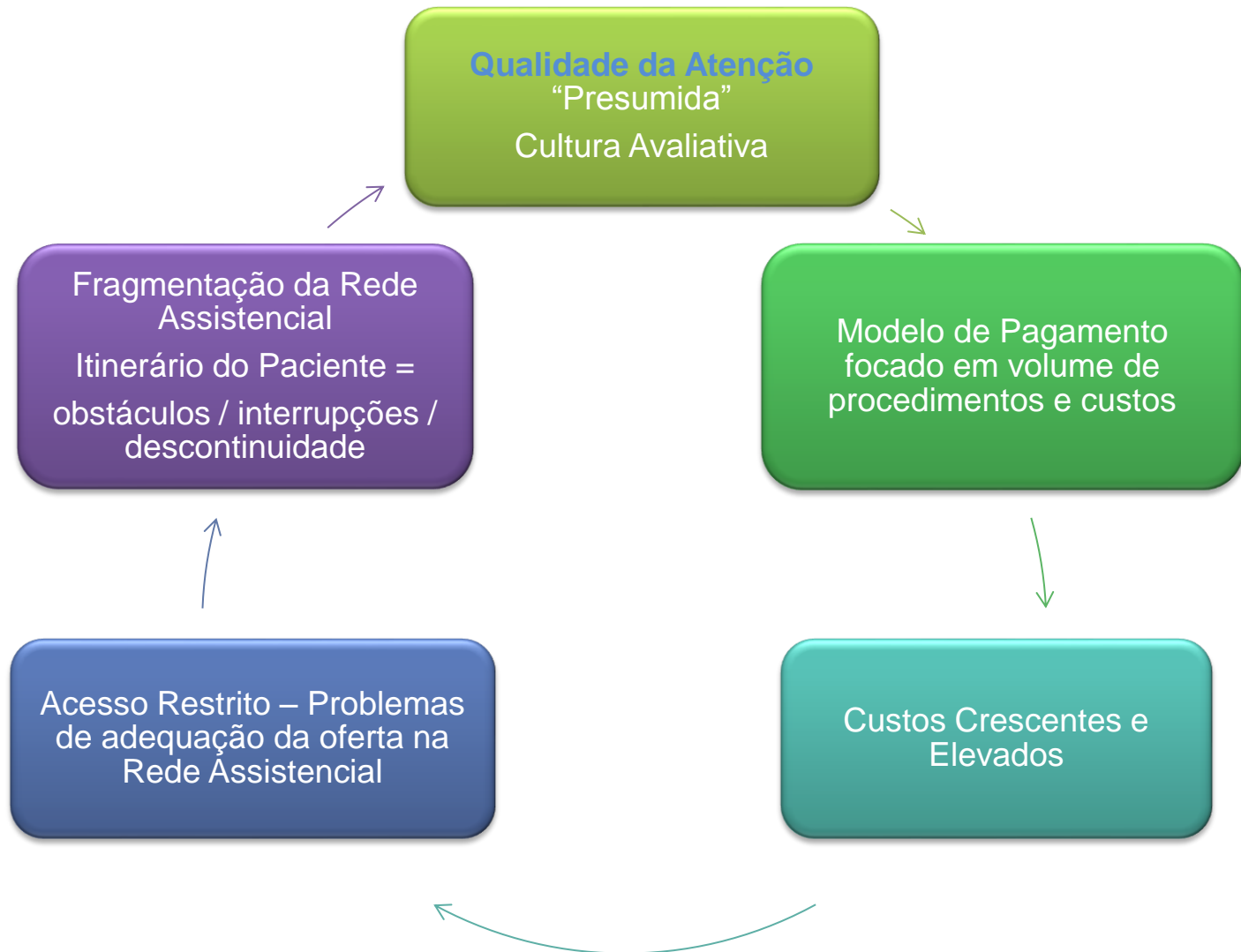


Fonte: elaboração própria a partir de dados da OECD e do Banco Mundial para países não-membros da OECD. Disponível em: stats.oecd.org/ e <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Tríade para Sustentabilidade do Setor



Qualidade e Modelos de Pagamento?



Pagamento por Qualidade em Países da OECD

Dados do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde

Programme focus	Country	Programme		Year programme began
Primary care →	Australia	PIP	Practice Incentives Programme	1998
	Estonia	PHC QBS	Primary Health Care Quality Bonus System	2005
	France	ROSP*	Payment for Public Health Objectives	2009
	Germany	DMP	Disease Management Programmes	2002
	New Zealand	PHO Performance Programme	Primary Health Organization Performance Programme	2006
	Turkey	FM PBC	Family Medicine Performance Based Contracting Scheme	2003
	United Kingdom	QOF	Quality and Outcomes Framework	2004
	United States – California	IHA*	Integrated Healthcare Association Physician Incentive Program	2002
Hospital →	Korea	VIP	Value Incentive Programme	2007
	United States – Maryland	MHAC	Maryland Hospital Acquired Conditions Program	2010
	United States – National	HQID	Hospital Quality Incentive Demonstration	2004

Source: Cashin, C. et al. (eds.) (2014), "Paying for Performance in Healthcare: Implications for Health System Performance and Accountability", European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.

<i>Forma de Remuneração</i>	<i>Sinônimas</i>	<i>Alocação do Recurso</i>	<i>Foco</i>	<i>Tipo de Informação Coletada</i>
Fee-for-Service	Por Unidade de Serviço Pagamento por Ato Médico (Conta Aberta)	Ex-Post	Faturamento	Custo Unitário das Unidades de Serviço
	Preço Fixo (Pacotes de Procedimentos e Diárias Hospitalares)	Ex-Ante	Custos	Custo Unitário das Unidades de Serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos
Assalariamento	Remuneração por Tempo	Ex-Post	Custos	Custos de Transação e Administrativos
Orçamento Global	Transferência Orçamentária	Ex-Ante	Desempenho do Prestador conforme Metas contratualizadas	Custos + Metas por Desempenho
Grupos de Diagnósticos Homogêneos (Diagnose Related Groups - DRG)	Remuneração por Caso (Case-Mix)	Ex-Post	Case-Mix	Custo por Grupos de Diagnóstico ajustados por Risco
Prepaid / Capitation (Pagamento por Usuário)	Partial Capitation*	Ex-Ante	Pessoas / Risco	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos + Incidência dos Procedimentos Hospitalares
	Full Capitation			
Bundled Payments for Care Improvement	Bundled Payments for Care Improvement (BPCI); Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); Bundled Payments for Episodes of Care (Agudos ou Crônicos); Condition-specific Budget (Medical Home)	Maiora Ex-Post (EUA)	Caso Episódio Clínico Condição de saúde	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Shared Savings Programs	Remuneração por Economias Geradas	Ex-Post	Relaciona Pagamento-Compartilhamento de Risco a Qualidade do Cuidado Prestado	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Pagamento por Performance	Pay-for-Performance P4P	Ex-Post	Desempenho-Metas do Prestador Qualidade do Cuidado	Custo + Medidas de Qualidade / Desempenho do Prestador

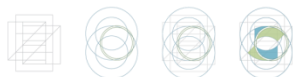
* A Lei define que no pagamento por Capitação Parcial, a ACO estaria sob risco financeiro para alguns itens e serviços cobertos pelas partes A e B do Medicare, como por exemplo para todas as consultas médicas ou todos os itens e serviços cobertos pela parte B.

Tipologia dos Modelos de Remuneração

Países	Gasto Hospitalar como % Gasto em Saúde	Gasto Hospitalar <i>per capita</i> (US\$ PPP)	Sistema de Alocação de Recursos a Hospitais
Áustria	38,8%	1.393	PPP + Reembolso retrospectivo dos custos
Alemanha	29,4%	1.061	Orçamento Global + PPP
Bélgica	31,2%	1.147	PPP + pagamento por ato + pagamento para medicamentos
Dinamarca	46,2%	1.567	Orçamento Global + PPP
Espanha	39,8%	1.117	Orçamento por linha de cuidado
Finlândia	35,3%	1.010	PPP
França	35,0%	1.259	PPP
Holanda	37,0%	1.378	Orçamento Global + PPP
Hungria	33,1%	463	PPP
Islândia	40,6%	1.363	Orçamento Global
Noruega	38,2%	1.613	Orçamento Global + pagamento por ato
Polónia	34,5%	391	PPP
Portugal	37,5%	796	Orçamento Global
Reino Unido	s/d	s/d	Orçamento Global + PPP
República Tcheca	45,8%	796	Orçamento Global + PPP + por ato
Suécia	46,9%	1.545	Orçamento Global + PPP
Suíça	35,1%	1.567	Orçamento Global + PPP

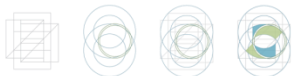
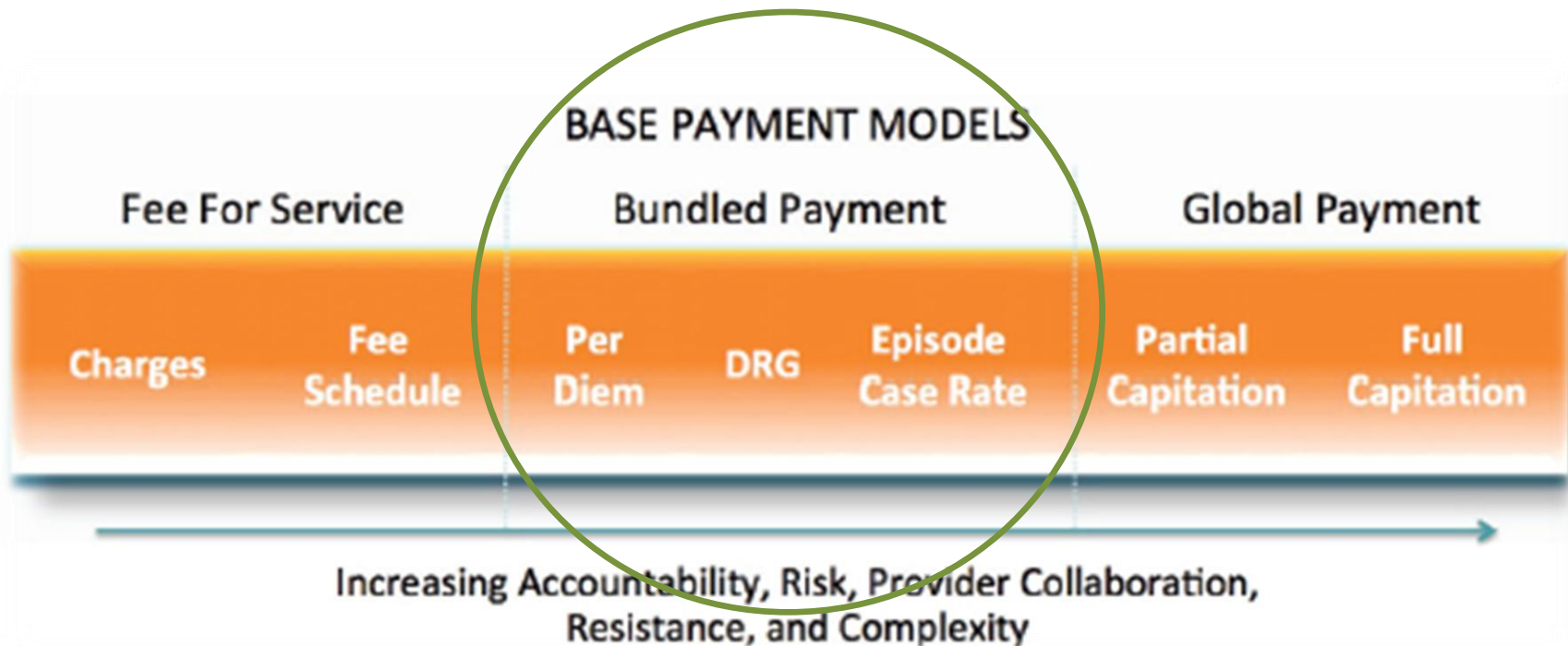
Fonte: elaboração própria, a partir de Cylus& Irwin, Euro Observer, 2010.

Nota: PPP = Pagamento Prospectivo por Procedimento



Qualidade e Modelos de Remuneração

Spectrum do grau de Responsabilização, do Risco, da Resistência e da Complexidade dos modelos

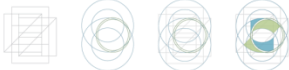


Accountable Care Organizations - ACO

ACO Operating Model



© 2010 Harvard, Inc. O. Rhee



Accountable Care Organizations - ACO

Dimensões da Avaliação em Saúde – ACO



Como construir o caminho?



Médicos da
atenção primária



Médicos da
atenção primária



Especialistas



Médicos da
atenção primária



Especialistas



Hospital



Médicos da
atenção primária



Especialistas



Hospital



Planos
de saúde

1) Nível 1 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário funcionando juntos, sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial;

2) Nível 2 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas de utilização mais frequentes, trabalhando juntos sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial;

3) Nível 3 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas + hospitais;

4) Nível 3.1 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas + hospitais + operadoras de planos de saúde;

5) Nível 4 ACO: provedores de saúde + agências de saúde pública + organizações sociais.

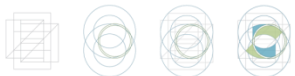
Organizam o cuidado com: 1) Informação de qualidade e indicador de saúde; 2) Gerenciamento do cuidado;
3) Dados portáveis pelo Idoso; 4) Modelos alternativos de remuneração.

O Aqui e Agora

Modelo de Prestação dos Serviços + Modelo de Remuneração

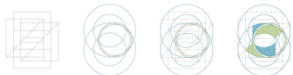
Pilotos:

- 1) Parto
- 2) Idoso
- 3) Oncologia



Iniciativas de Indução da Qualidade Setorial da ANS

- Programa de Acreditação de Operadoras
- Programa de Qualificação de Operadoras
- QUALISS - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
- Projeto Parto Adequado
- Projeto Idoso Bem Cuidado
- Projeto Cuidado Integral em Oncologia
- Divulgação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial
- D-TISS - Painel Gerencial de Procedimentos
– Perfil de Utilização de Serviços do Setor



Qualidade e Modelos de Remuneração

“convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias, tanto no SUS como no segmento suplementar, ainda que de natureza e graus diferentes.

No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto que no segundo predominam as tecnologias duras (...).

Diferença importante entre o SUS e o segmento suplementar (...) é a ocorrência de abundância de tecnologias leves e da escassez de procedimentos mais complexos no SUS, ocorrendo o contrário no segmento suplementar.

Essa situação tem implicações importantes para a qualidade da atenção, ainda que de natureza diferente.”

(CORDEIRO et al., 2010: 131).



Obrigada

Martha Oliveira

Diretoria de Desenvolvimento Setorial



Ministério da
Saúde

