

# Remuneração em Saúde Como agregar valor?

Dr Luís Fernando Rolim Sampaio, MD, MPH.

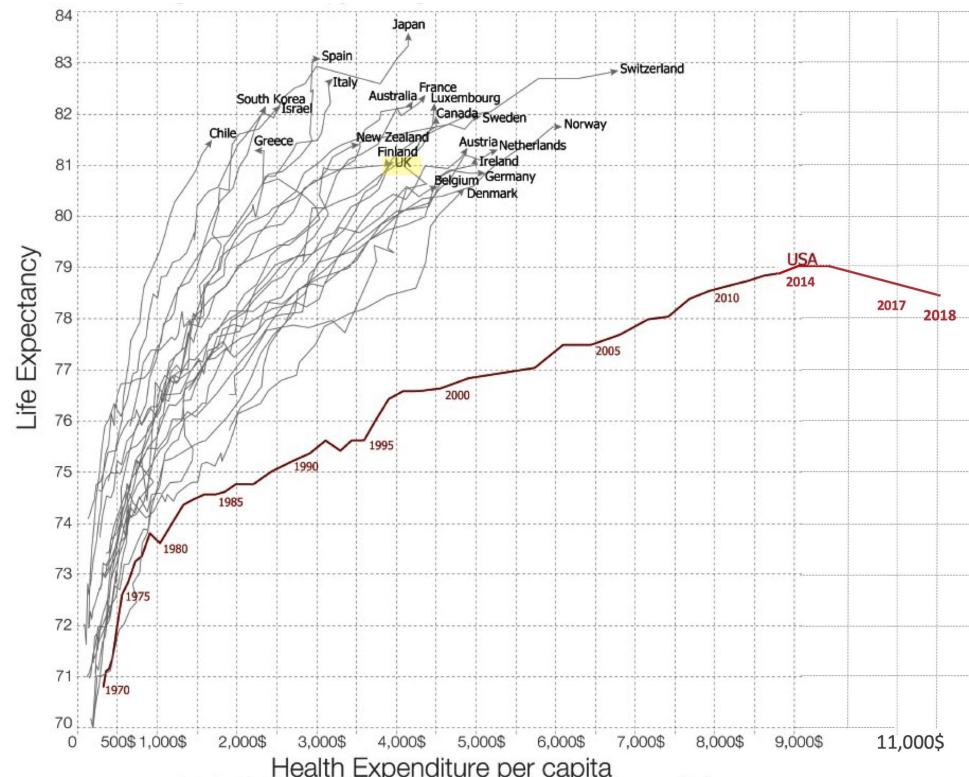
# Cenário Internacional

O paradoxo do gasto em saúde e geração de valor: a utilização excessiva de recursos destrói valor e torna o sistema danoso



Eric Topol   
@EricTopol

The **#US** now spends more than \$11,000 per person for healthcare, while the **#UK** ~\$4,000. Yet life expectancy has declined in the **#US** for each of the past 3 years, while it continues to increase in the **#UK** (graph adopted from [@OurWorldInData](#))



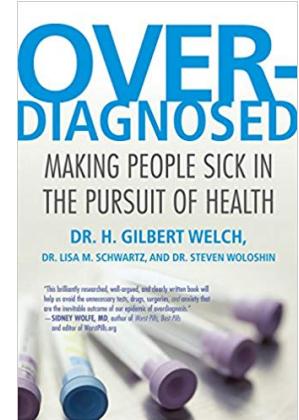
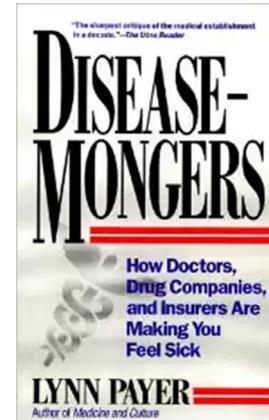
# Cenário Internacional

## Paradoxo do gasto x valor em

O excesso de recursos  
destrói valor e torna  
o sistema danoso.



Fonte: ANS, Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2018.



158

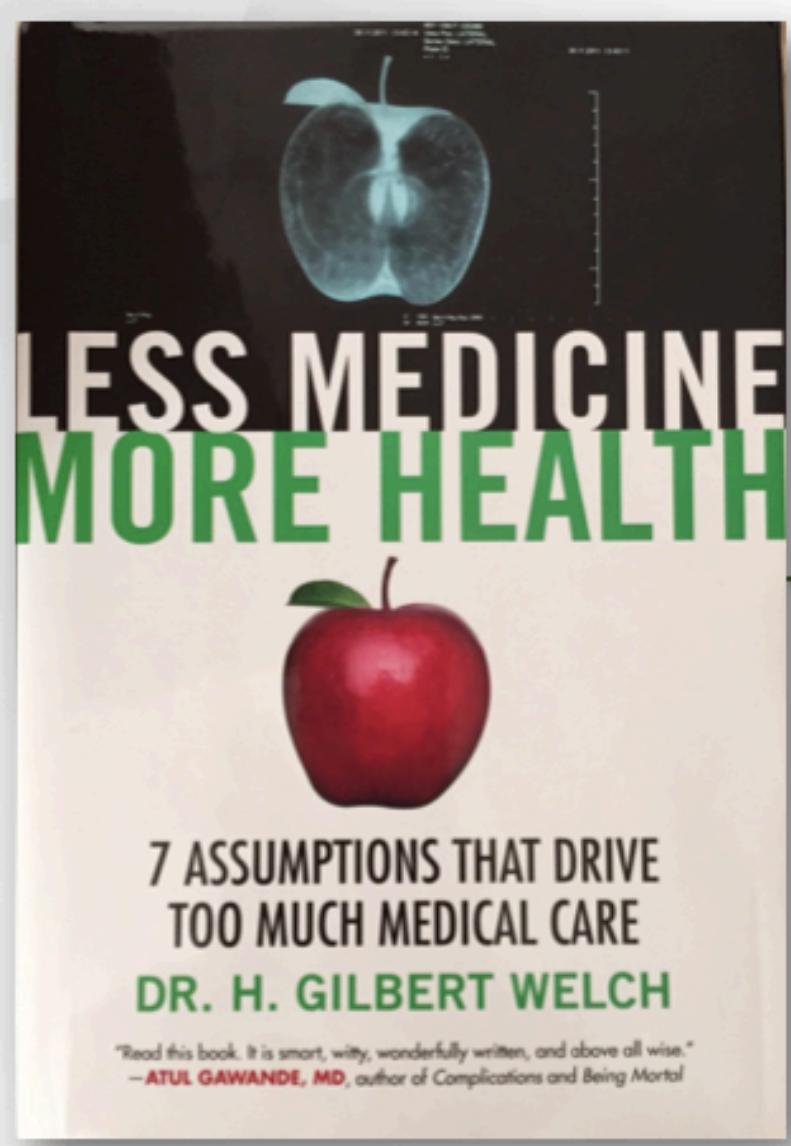
Tomografias  
computadorizadas

169

Ressonância  
magnética

Exames realizados em regime ambulatorial  
por 1.000 beneficiários (2018)

# Cenário Internacional



**1º pressuposto:** Todos os riscos podem ser diminuídos ... nem sempre podem e ainda podem criar outros

**2º pressuposto:** É sempre melhor resolver os problemas... mas tentar eliminar o problema pode ser mais perigoso que gerenciá-lo.

**3º pressuposto:** Quanto mais cedo melhor... mas o diagnóstico precoce pode transformar pessoas em pacientes desnecessariamente.

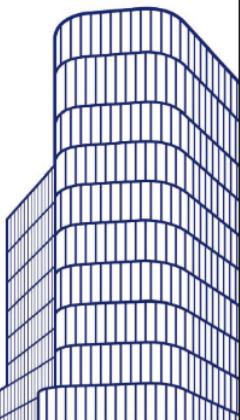
**4º pressuposto:** Não faz mal obter mais informações... mas a sobrecarga de dados pode assustar o paciente e tirar o foco do médico daquilo que é importante.

**5º pressuposto:** É sempre melhor agir do que não agir... mas agir nem sempre é a opção mais segura.

**6º pressuposto:** Quanto mais moderno melhor... mas frequentemente novas intervenções tem efeitos pouco estudados, e podem acabar sendo julgadas ineficientes ou até prejudiciais com o tempo.

**7º pressuposto:** O objetivo central é evitar a morte... mas a obsessão em prevenir a morte pode encurtar a vida.

# Cenário Internacional



**Choosing Wisely**  
CELEBRATING OUR 7TH YEAR  
An initiative of the ABIM Foundation

Our Mission Clinician Lists For Patients Getting Started Success Stories

NEWS CONTACT US

**Choosing Wisely®**

Promoting conversations between patients and clinicians

The American Society for Clinical Pathology just released a new list of five tests and procedures related to screening for pathogens, Hepatitis C and adrenal tumors.



20–22 August 2018  
COPENHAGEN



Co-sponsored by the World Health Organization



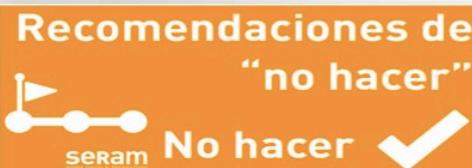
5-7 December 2019 SYDNEY

## Slow Medicine

Press

Blog

Media



- Recomendaciones de "no hacer"**
- seram** **No hacer** ✓
- |            |   |
|------------|---|
| <b>RX</b>  | Pruebas de imagen (TC / RM) en pacientes con clínica sugerente decefalea primaria idiopática                          |
| <b>TC</b>  | Radiografía simple en el traumatismo craneo-encefálico, excepto en sospecha de causa no accidental                    |
| <b>US</b>  | Pruebas de US   |
| <b>RM</b>  | Radiografía de tórax diaria en paciente   |
| <b>MX</b>  | Radiografía de tórax después de trauma  |
| <b>Int</b> | Pruebas de imagen para detectar interictal convulsiva y que esté asintomática   |
| <b>Int</b> | Pruebas de RM de mama de detección  |
| <b>Int</b> | Mamografía de cribado en mujeres  |
| <b>Int</b> | Técnicas de imagen en pacientes con epilepsia   |
| <b>Int</b> | Radiografía simple de forma rutinaria   |
| <b>RX</b>  | Estudios de radiología convencional   |
| <b>RX</b>  | Cirugía como tratamiento inicial de monilias poco invasivas   |
| <b>TC</b>  | Cirugía como tratamiento inicial de cefalea primaria  |
| <b>US</b>  | Estudios baritados en la evaluación diagnóstica de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) |
| <b>RM</b>  | Radiografía de pelvis en pacientes politraumatizados a los que se les vaya a hacer una TC corporal                    |
| <b>RM</b>  | Radiografía de abdomen en la sospecha de diverticulitis aguda   |

Documentos semFYC

CAMPAÑA «NO HACER EN URGENCIAS» EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

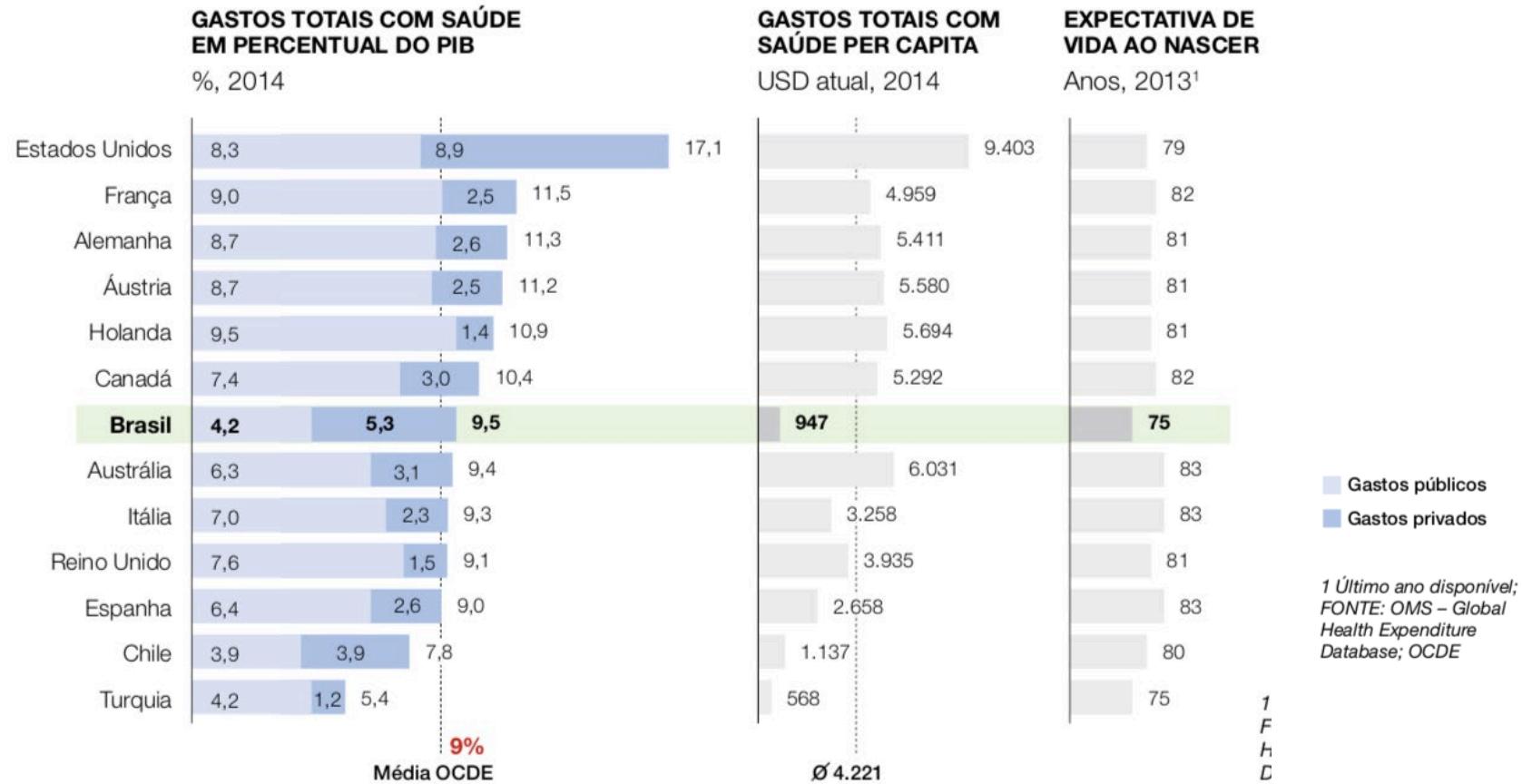
por SocalemFyC | Feb 13, 2017 | Actualidad, DESTACADOS | 0 Comentarios



CAMPAÑA EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN Y POR

# Cenário Internacional

## Gastos com saúde e expectativa de vida



Fonte: Icos, Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde.

# Cenário Nacional

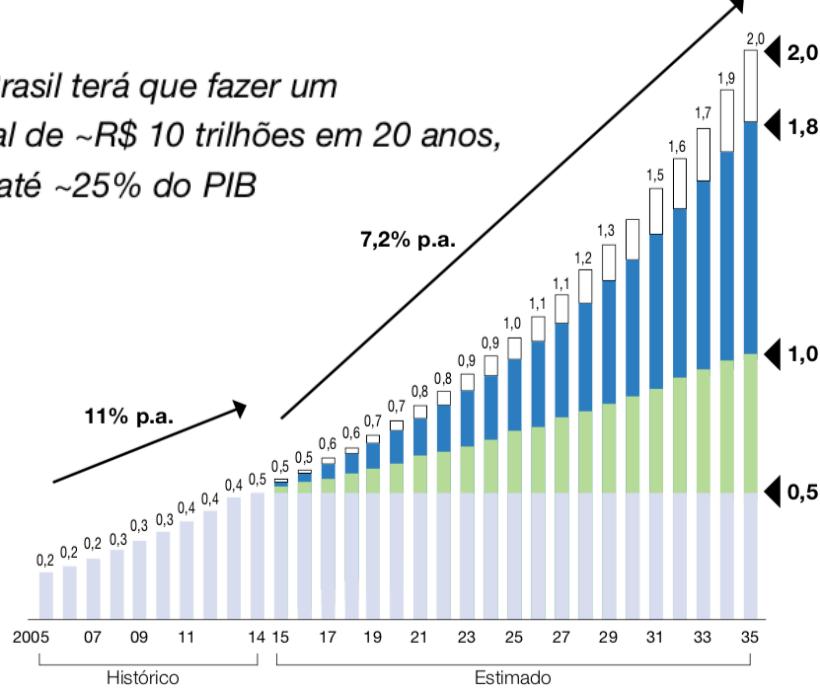
## Previsão de crescimento dos gastos com saúde no Brasil

### GASTOS TOTAIS COM SAÚDE

#### PROJETADOS<sup>1</sup>

EM R\$ TRILHÕES DE 2014

*Se nada for feito, o Brasil terá que fazer um investimento adicional de ~R\$ 10 trilhões em 20 anos, correspondendo em até ~25% do PIB*



Fonte: Icos, Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde.

CENÁRIO	PROJETADO DE CRESCIMENTO DOS CUSTOS DE SAÚDE	ADICIONAL ACUMULADO 2015-35	PARTICIPAÇÃO NO PIB 2035
2015-35	7,2%: crescimento similar ao do Chile <sup>1</sup> (2004-14)	13	24%
6,6%: Brasil	Aumento de custos e da taxa de utilização em linha com histórico, impactado pela mudança do perfil demográfico	11	21%
3,5%: Turquia <sup>1</sup> (2004-14)	Mesmo nível de gasto per capita e processo de envelhecimento um pouco mais avançado que o Brasil	5	11%
0%	Sem crescimento	0	5%

<sup>1</sup> Em moeda local, considerando a cotação média em 2006 e 2014 para os países analisados  
FONTE: OMS; IBGE; "Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde Brasileiro"; IESS 2013; análise da equipe

# Desafios Atuais no Brasil

## A insustentabilidade

Os custos e a ineficiência do atual modelo fragmentando está comprometendo a sustentabilidade do setor de saúde, inviabilizando a permanência de grupos de clientes, e limitando a expansão da cobertura para outros mercados

A competição pelos recursos finitos dentro e fora do setor, entre os vários elos da cadeia de valor, está mais acirrada pela dificuldade de crescimento de receitas

Os clientes e o mercado, estão caminhando para uma maior exigência de resultados assistenciais efetivos, e não só de disponibilização de um grande volume de prestadores de serviços

### Partes envolvidas e motivações para a mudança



Clientes corporativos, por conta dos preços insustentáveis.



Clientes individuais, que querem um cuidado diferenciado



Operadoras de Saúde, pela dificuldade na gestão dos custos.

# Orientações estratégicas para organizar o sistema de saúde

O modelo de pagamento e a estrutura organizacional devem sustentar a estratégia assistencial

## Modelo Assistencial

INTEGRADO E INTEGRAL, COM COORDENAÇÃO DO CUIDADO  
Forte compromisso da equipe com os pacientes  
Estímulo a promoção, prevenção e acompanhamento clínico do paciente  
Oferta oportuna e conveniente da atenção primária

## Estrutura Organizacional

REDE ASSISTENCIAL ORGANIZADA E RESOLUTIVA  
Governança clínica e regulação, com indicadores adequados e ajustados pelo risco  
Meios de contato virtuais com os pacientes  
Arquivos médicos eletrônicos

## Modelo de Pagamento

EFICIÊNCIA E INCENTIVO À QUALIDADE  
Incorporação gradativa de novos modelos  
Transparência e compensação semelhante para prestações equivalentes  
Foco no maior potencial para melhorar a qualidade e reduzir custos

# Modelos de Remuneração

## O impacto da remuneração médica

A opção por método de pagamento e contratação dos médicos constitui em escolha estratégica para a gestão de sistemas de saúde, na medida em que produz impacto direto:

no volume de serviços prestados à população

na qualidade desses serviços

nos graus de universalidade e equidade de acesso

Torna-se, portanto, fator **determinante** da qualidade dos gastos setoriais.

# Modelos de Remuneração

## Retrospectivos

No modelo retrospectivo, as despesas de saúde somente são conhecidas após a ocorrência do evento.

Modelo classificado dessa forma:  
Pagamento por Serviço (Fee for Service)

## Prospectivos

O modelo prospectivo de pagamento é assim chamado em função de que a despesa com saúde é conhecida antes que o procedimento médico ocorra.

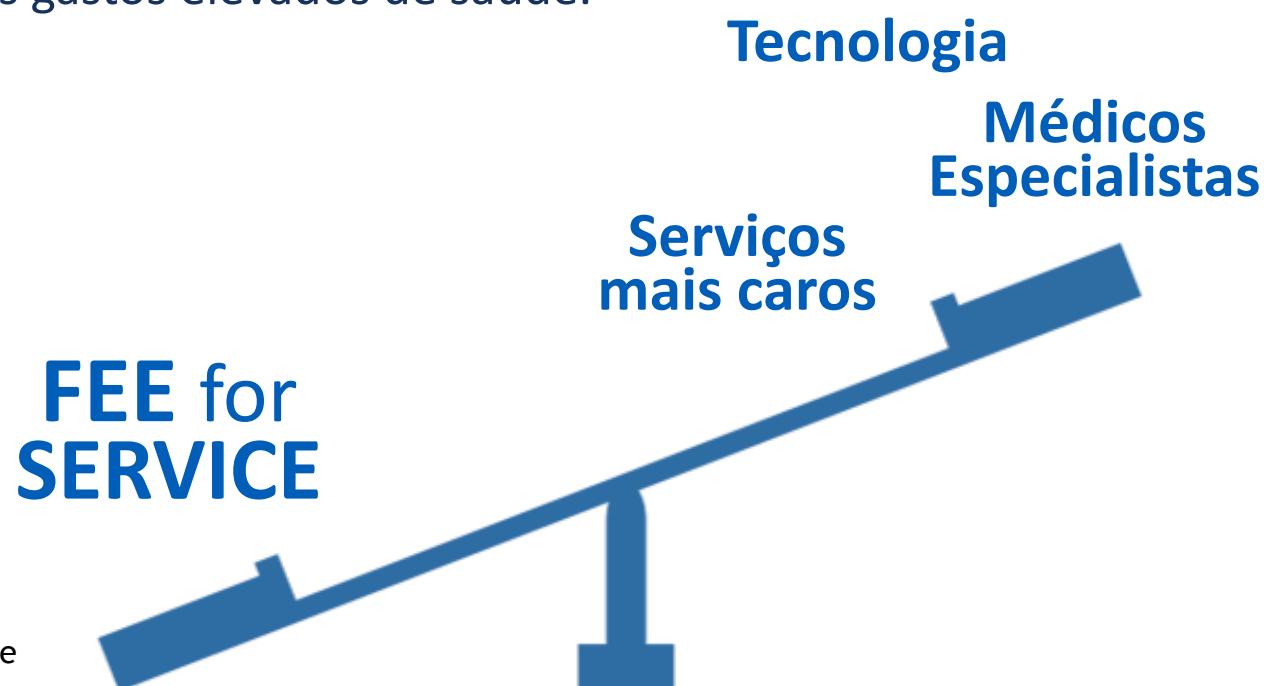
Modelos classificados dessa forma:

- Salário Fixo (Monthly Payment)
- Orçamento Global Ajustado (Adjustable Budget Payment)
- Pagamento por Episódio ou Pacote (Bundle Payment)
- Pagamento por Usuário (Capitation)

# Modelos de Remuneração

## Modelo dominante e os custos em saúde

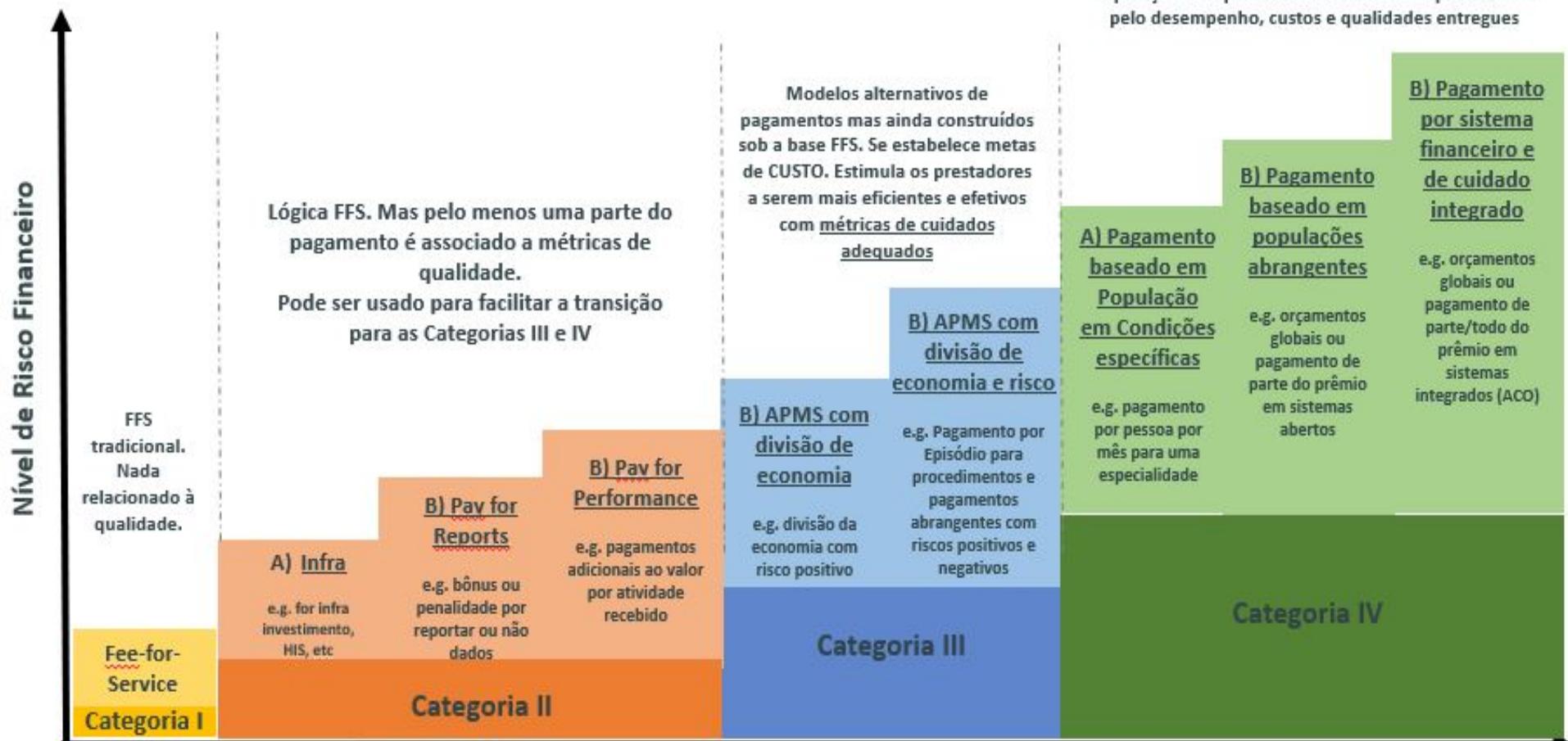
Constatou-se que a dependência de **tecnologia mais cara**, os **pagamentos mais elevados** para os serviços médicos quando efetuados em ambiente hospitalar do que em ambulatórios, e uma alta proporção de **médicos especialistas**, em comparação com os generalistas, eram **importantes fatores de custo**. Porém, a **remuneração médica por serviço** (fee-for-service) destacou-se como a causa mais importante dos gastos elevados de saúde.



Fonte: Schroeder & Frist, 2013 -  
Recomendações da Comissão Americana de  
Remuneração Médica

# Modelos de Remuneração

FONTE: Modificado de Better Care. Smarter Spending. Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume , 2015



Nível de Responsabilização e Integração do Prestador

# Modelos de Remuneração Variação dos resultados clínicos em países desenvolvidos



**18X** a variação nas taxas de reoperação após cirurgias de quadril nos hospitais alemães



**36X** a variação nas taxas de complicações após cirurgias de catarata na Suécia



**5X** a variação nas taxas de complicações obstétricas nos hospitais Americanos

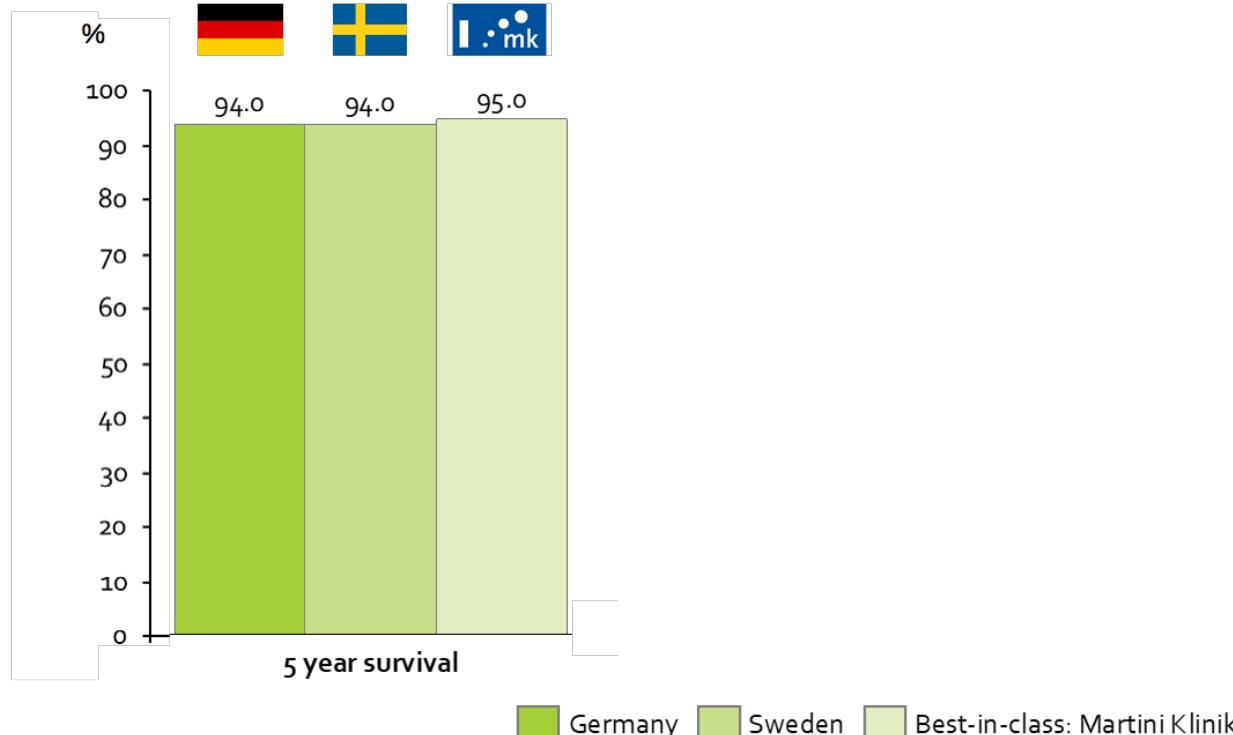


**9X** a variação nas taxas de complicações pós prostatectomias radicais nos hospitais Holandeses



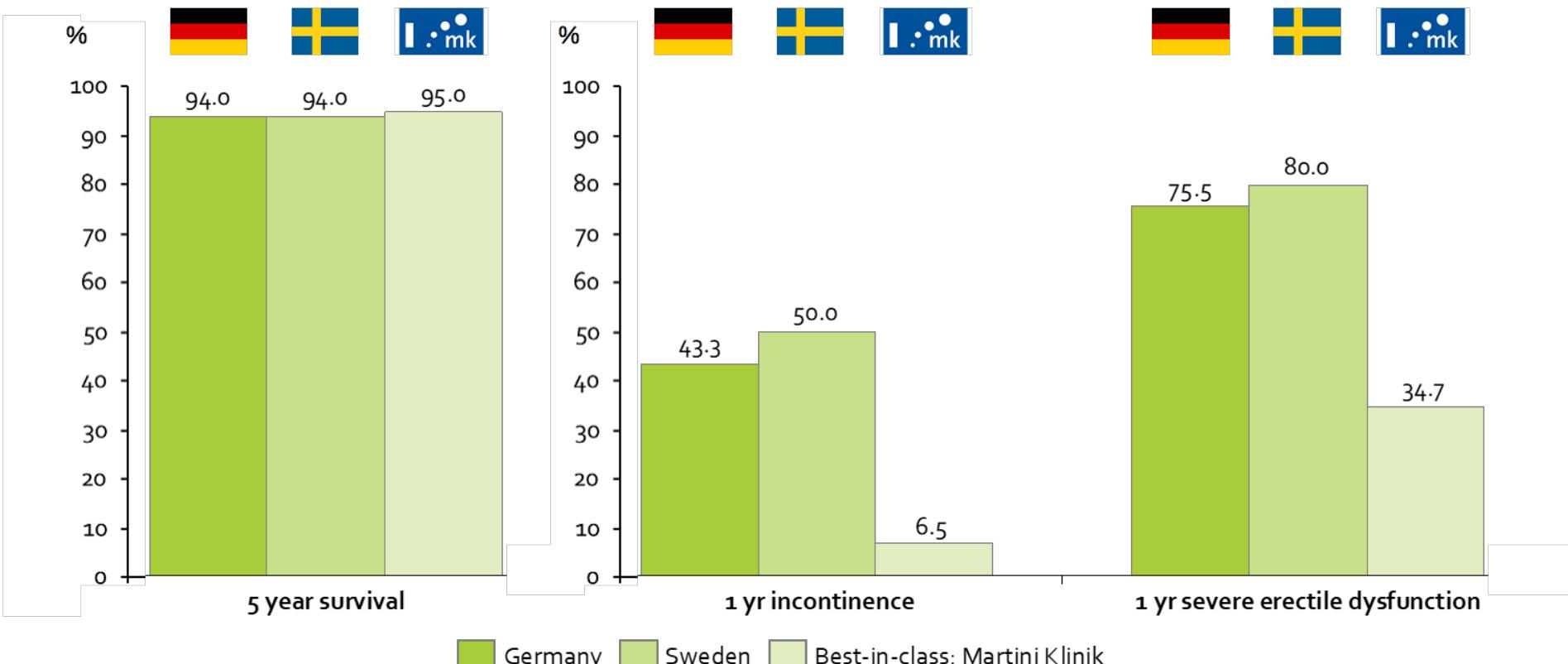
**4X** a variação nas taxas de disfunção erétil após um ano de cirurgia de Ca de Próstata e a variação foi de **5X** para incontinência urinária nos hospitais alemães

# Modelos de Remuneração Variação dos resultados clínicos em países desenvolvidos - Prostatectomia



Swedish data rough estimates from graphs; Source: National quality report for the year of diagnosis 2012 from the National Prostate Cancer Register (NPCR) Sweden, Martini Klinik, BARMER GEK Report Krankenhaus 2012, Patient-reported outcomes (EORTC-PSM), 1 year after treatment, 2010

# Modelos de Remuneração Variação dos resultados clínicos em países desenvolvidos - Prostatectomia



Swedish data rough estimates from graphs; Source: National quality report for the year of diagnosis 2012 from the National Prostate Cancer Register (NPCR) Sweden, Martini Klinik, BARMER GEK Report Krankenhaus 2012, Patient-reported outcomes (EORTC-PSM), 1 year after treatment, 2010

“The biggest problem with health care isn’t with insurance or politics. It’s that we’re measuring the wrong things the wrong way.”

Robert S. Kaplan and Michael E. Porter

# Modelos de Remuneração Recomendações da Comissão Americana Remuneração Médica

**Com o tempo, tente eliminar a forma de pagamento exclusiva por procedimentos,** pois tal formato incentiva o aumento de procedimentos desnecessários, desestimula a coordenação dos cuidados e promove a ineficiência na prestação de serviços médicos

A transição para uma abordagem baseada na qualidade e valor deve começar com o **teste de novos modelos de atenção ao longo de um período de 5 anos e incorporá-los em um número crescente de práticas**, com o objetivo de adoção global até ao final de uma década

Mesmo com a transição do sistema para **modelos mistos de pagamento**, o modelo de **pagamento por serviços ainda será utilizado** em algumas unidades assistenciais

**Incentivar a promoção, a prevenção e o acompanhamento clínico de pacientes** através de melhores sistemas de pagamento

**O modelo de pagamento para os médicos deve ser transparente e fornecer a eles reembolso semelhante para prestações equivalentes**, independentemente da especialidade ou local de trabalho

# Modelos de Remuneração Recomendações da Comissão Americana Remuneração Médica

**Contratos de remuneração por serviço (fee for service) sempre devem incluir um componente de qualidade ou desempenho baseado em resultados que motivem uma mudança substancial no comportamento.**

Para clínicas de pequeno porte (corpo clínico menor que 5), **as mudanças no modelo de remuneração devem incentivar o pagamento por serviço para métodos de acompanhamento virtual** (e-mail, telefone) e, assim, compartilhar recursos para aumentar a qualidade do atendimento.

Durante a fase de transição do modelo de remuneração, **as reformas iniciais devem se concentrar em áreas em que há grande potencial de redução de custos e melhoria da qualidade do atendimento.**

**Devem ser alinhados indicadores/metas para garantir o acesso a cuidados de elevada qualidade, avaliar a adequação dos indicadores de ajuste de risco, e promover um forte compromisso dos médicos com os pacientes.**

# Modelos de Remuneração Recomendações da ANS

**Guia para  
Implementação de  
Modelos de  
Remuneração  
baseados em valor**



# Modelos de Remuneração

# Formas de Remuneração Médica

Os estudos apontam que deve haver um mix ou blender entre as quatro formas de remuneração: **capitação, pagamento por item, salário fixo e pagamento por desempenho.**<sup>1</sup>

Como todas as formas tem pontos positivos e negativos, o Mix tem potencial para que haja uma chance de minimização ou correção dos pontos negativos.<sup>2</sup>

Salário  
Fixo

Pagamento  
por Item

Mix Ideal

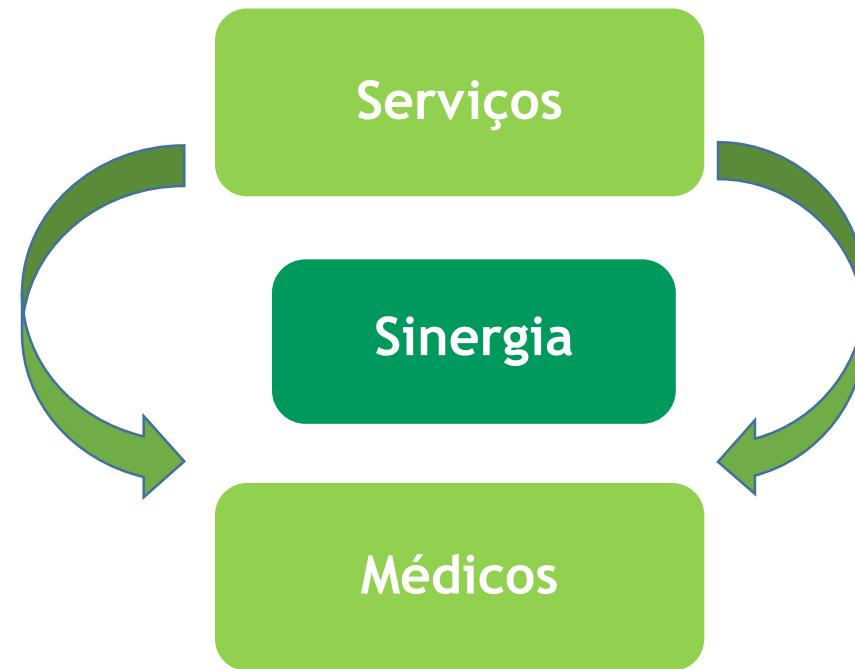
Pagamento por  
Desempenho

Capitação

# Modelos de Remuneração

# Desafios da Contratualização

Com base no modelo de pagamento adotado é fundamental constituir separadamente modelos de contratualização para:





SEGUROS  
**Unimed**

## A reforma dos sistemas de saúde se dará em processos incrementais.

A transição para uma abordagem baseada na qualidade e no valor deve começar com o teste de novos modelos para incorporá-los em um número crescente de práticas.

# Nossas escolhas estratégicas

Pilotos com pequenos grupos de pacientes

Integração de prestadores em linhas de cuidado

Parcerias estratégicas baseadas em excelência e valor

Avaliação de diferentes fornecedores de tecnologias



Garantir a seleção adequada dos pacientes nos grupos  
Compreender diferentes formas de engajamento  
dos pacientes

Mensurar os resultados para ajustar o modelo  
Avaliar soluções tecnológicas diversas para otimizar

os resultados

Promover a mudança cultural progressiva

# Linha de Cuidados Oncológicos

## Resultados

Acordo comercial assinado com os parceiros que incluem clinicas de infusão e tratamento, hospitais, clínicas de cuidado paliativo e distribuidor de medicamento.

Definidos:

**12** Bundles para Aparelho digestivo

**23** Bundles para Mama

**2** Bundles para Urologia

Implementar os bundles de Oncologia junto à rede referenciada buscando o melhor padrão de cuidado, com maior eficiência

Na fase 2 o projeto vinculará indicadores acordados ao pagamento do bundle

Desenvolvidos os indicadores assistenciais:

**2** de Efetividade

**18** de Eficiência

**5** de Experiência

# Projeto Pré Parto /Parto

## Resultados

**Meta:** Implantar modelo de cuidado obstétrico visando o melhor cuidado no parto normal na cidade de São Paulo

Definição do parceiro estratégico

Desenho de linha de cuidado específica, do pré natal ao puerpério, contemplando todas as necessidades assistenciais da gestante neste período

Definição de indicadores para acompanhamento da qualidade assistencial

Modelo de remuneração baseado na performance, com incentivo ao aumento do percentual em número de partos normais

# Remuneração Diferenciada

## Atenção Domiciliar

### Resultados

Novo modelo de remuneração por captação e desempenho assistencial, privilegiando o cuidado adequado em ambiente domiciliar.

## Implantação de novos modelos de remuneração:

Aumento da manutenção do tratamento no domicílio, inclusive no caso de intercorrências, sem deslocamento do paciente ao PS.

Redução das internações e reinternações na carteira alvo.

# Takeaways: transformação da saúde pelo valor

Médicos precisam adaptar seu processo de trabalho e abandonar práticas do passado



Em saúde, valor não é sinônimo de reduzir custos, mas significa alcançar bons resultados com a maior eficiência possível.

Para melhorar os resultados em saúde, é preciso trabalhar em equipe.

O principal desafio para um sistema de mensuração de resultados é assegurar dados uniformes, confiáveis e comparáveis.

As equipes de saúde devem trabalhar continuamente para aprimorar os processos assistenciais e torná-los mais seguros.

Para romper as barreiras culturais e aprimorar os resultados do cuidado, é fundamental mostrar aos médicos os seus dados



Obrigado

Dr. Luís Fernando Rolim Sampaio  
(11) 942174362



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

