

Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

AUDIÊNCIA PÚBLICA sobre a remuneração de procedimentos médicos por meio de “pacotes de consultas”

Sandro Leal Alves

12 de junho de 218

A FenaSaúde

17 grupos empresariais

21 operadoras associadas

Beneficiários (Mar/18)

29,2 milhões = 41,6% do total

Receita (2017)

R\$ 72,6 bilhões = 39,6 % do mercado

Despesas assistenciais (2017)

R\$ 60,7 bilhões = 40,3% do mercado



1. Allianz Saúde S.A
2. Amil Saúde
3. Care Plus Medicina Assistencial
4. Gama Saúde
5. Golden Cross
6. Grupo Bradesco Saúde
7. Grupo Caixa Saúde
8. Grupo NotreDame Intermédica
9. Grupo SulAmérica Saúde
10. Itauseg Saúde
11. Mapfre Saúde
12. Metlife Planos Odontológicos
13. Odontoprev
14. Omint Serviços de Saúde
15. Porto Seguro - Seguro Saúde
16. Sompo Saúde Seguros
17. Unimed Seguros Saúde

Variação de Despesa Assistencial Per Capita



Ano	Reajuste ANS (%)	IPCA ¹ (%)	Despesa assistencial per capita Δ (%)	VCMH ³ (%)
2008	5,48	6,00	9,60	7,48
2009	6,76	4,65	8,89	9,98
2010	6,73	5,46	4,95	12,95
2011	7,69	6,42	10,91	8,63
2012	7,93	5,67	12,89	11,98
2013	9,04	6,05	10,02	15,58
2014	9,65	6,96	14,13	15,14
2015	13,55	9,73	13,56	16,37
2016	13,57	6,97	18,26	18,32
2017	13,6	2,82	11,62	19,20
Δ (%) Acumulado 2008 - 2017	131,9	69,9	169,3	230,0

Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet. IBGE - índice de reajuste ANS - disponível em <http://www.ans.gov.br/>. Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Extraído em dez/17.

Notas: ¹IPCA - Variação do índice médio de cada ano compreendido entre os meses de abril a maio. ²Considera apenas as operadoras médico-hospitalares. ³Média compreendida entre os meses de abril a maio.

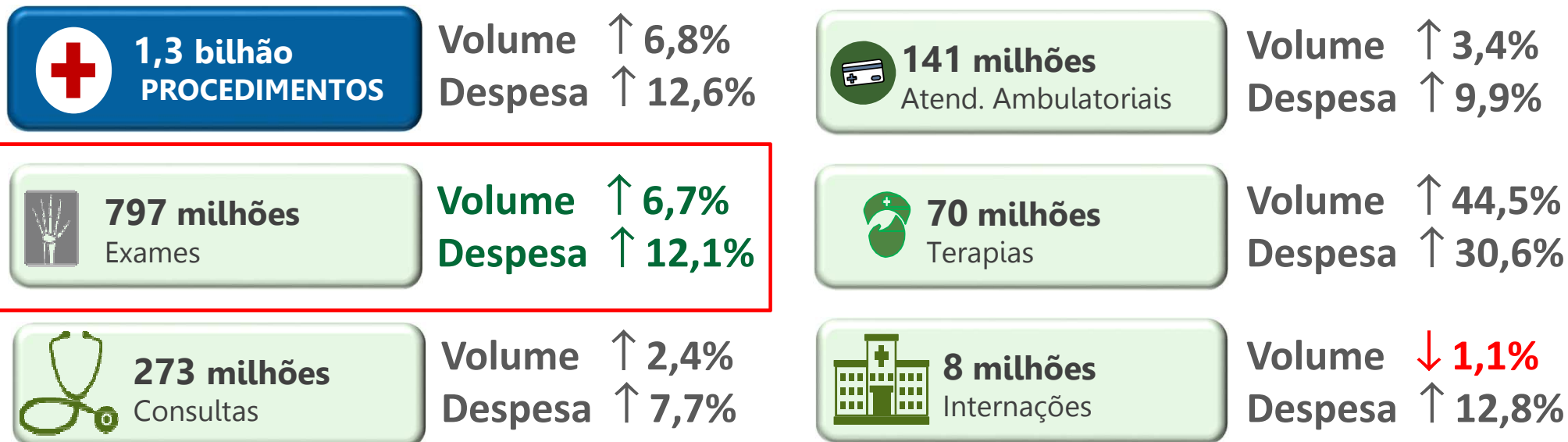
Predominância do pagamento por procedimento executado -

fee-for-service

Incentivos Ruins

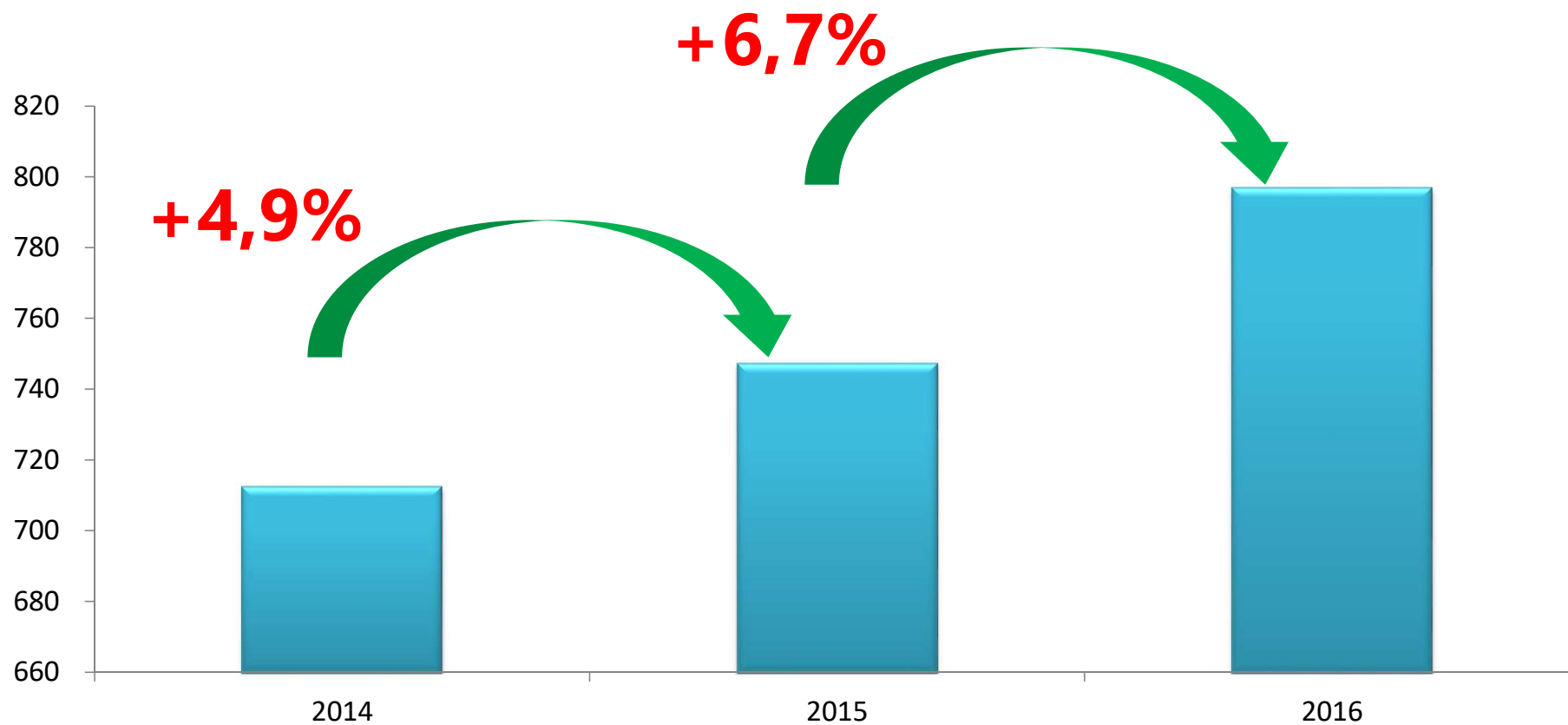
- Interesse do prestador é aumentar quantidade de itens e usar itens de maior valor
- Incentivo à sobreutilização, não necessariamente com melhores desfechos clínicos (desperdícios)
- Pagamento desvinculado de “valor”
- Não há incentivos para resolutividade: baixa qualidade.

Produção Assistencial (2016/2015)



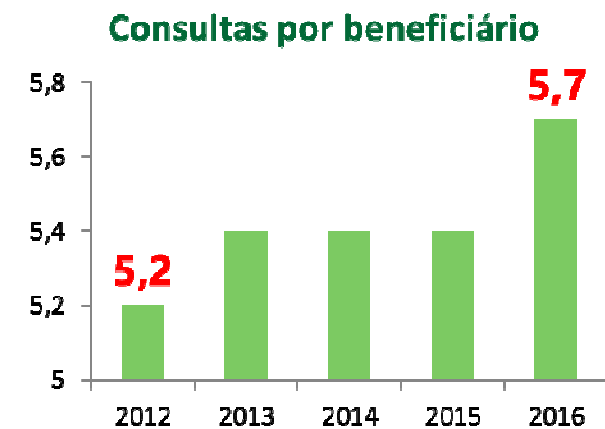
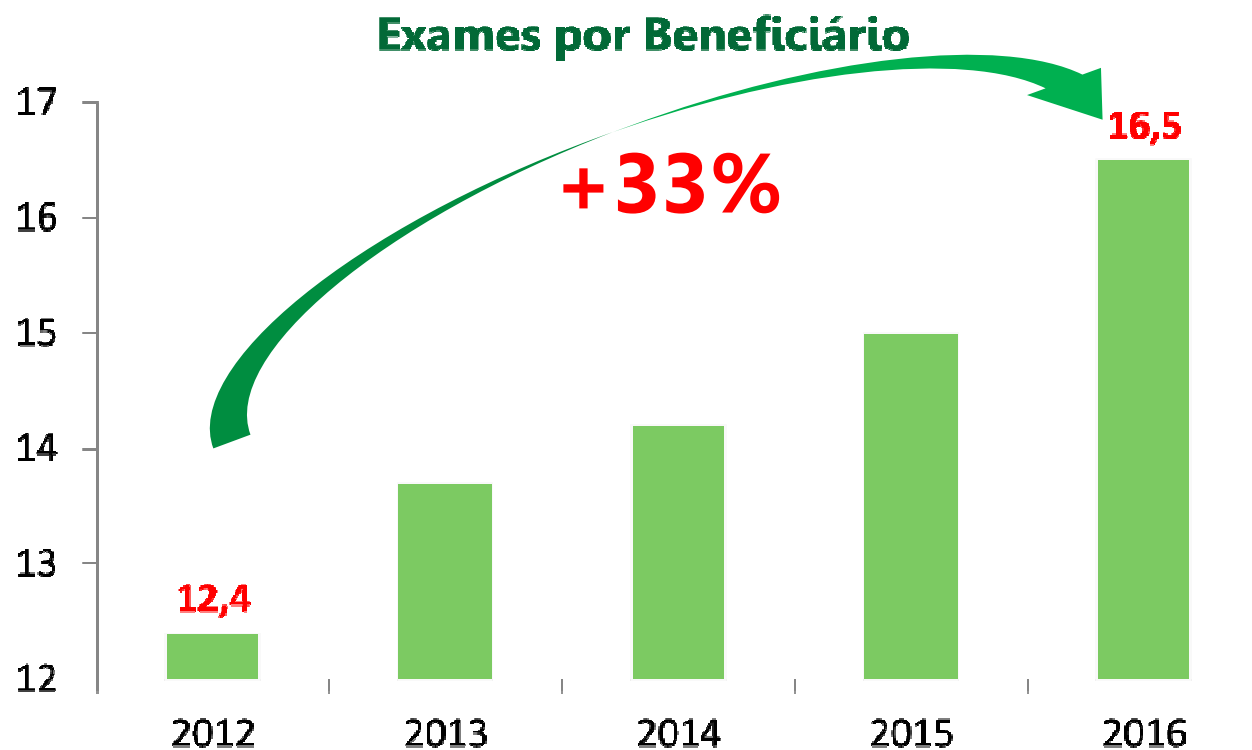
Quantidade de beneficiários: ↓ 3%

Exames realizados (milhões)



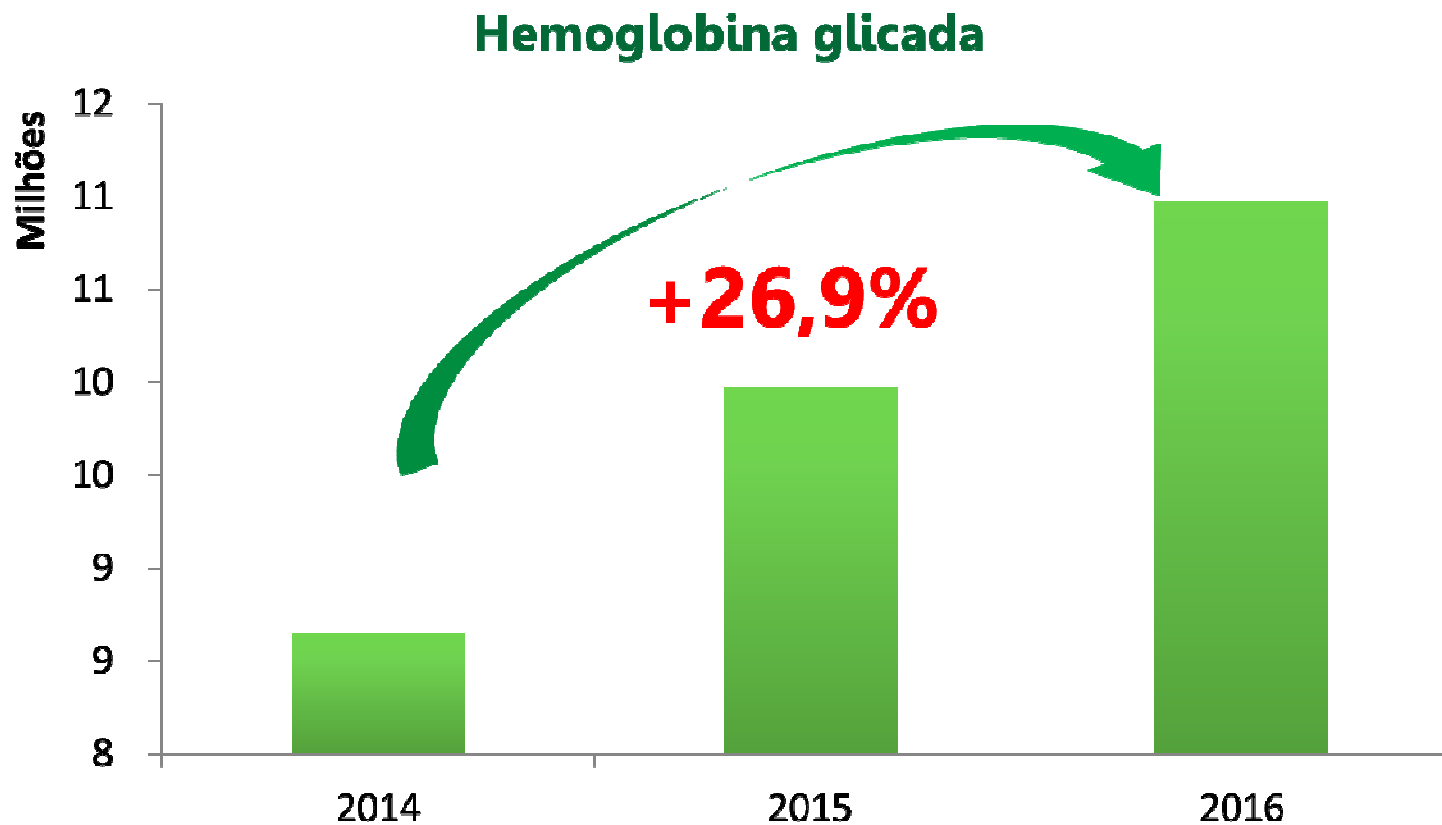
Fontes: Mapa assistencial 2016 (junho 2017). Sistema de Informação de Beneficiários - TABNET/ANS
(Extraído em 27/6/17).

Exames



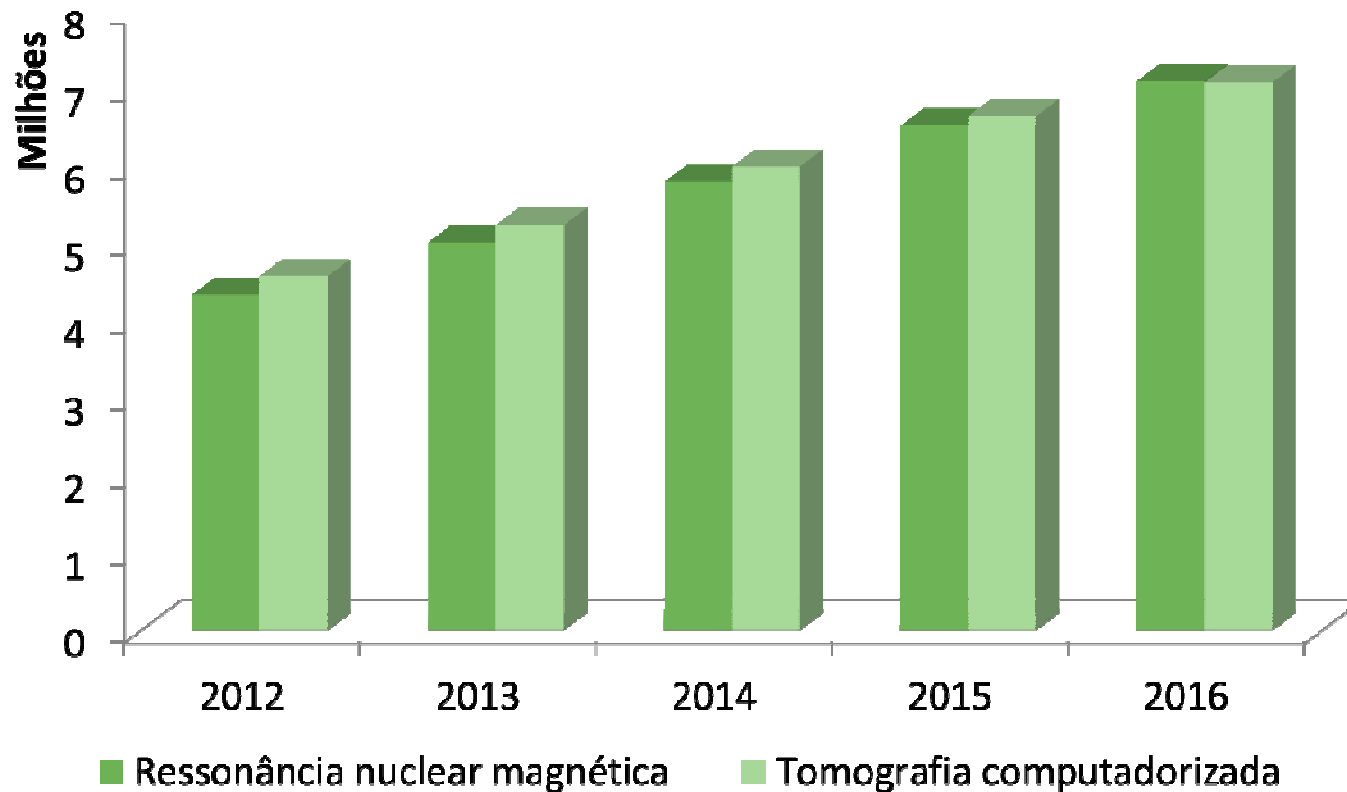
Fontes: Mapa assistencial 2016 (junho 2017). Sistema de Informação de Beneficiários - TABNET/ANS (Extraído em 27/6/17).

Exame Laboratorial



Fontes: Mapa assistencial 2016 (junho 2017). Sistema de Informação de Beneficiários - TABNET/ANS
(Extraído em 27/6/17).

Exames de imagem



Ressonância:

+64%

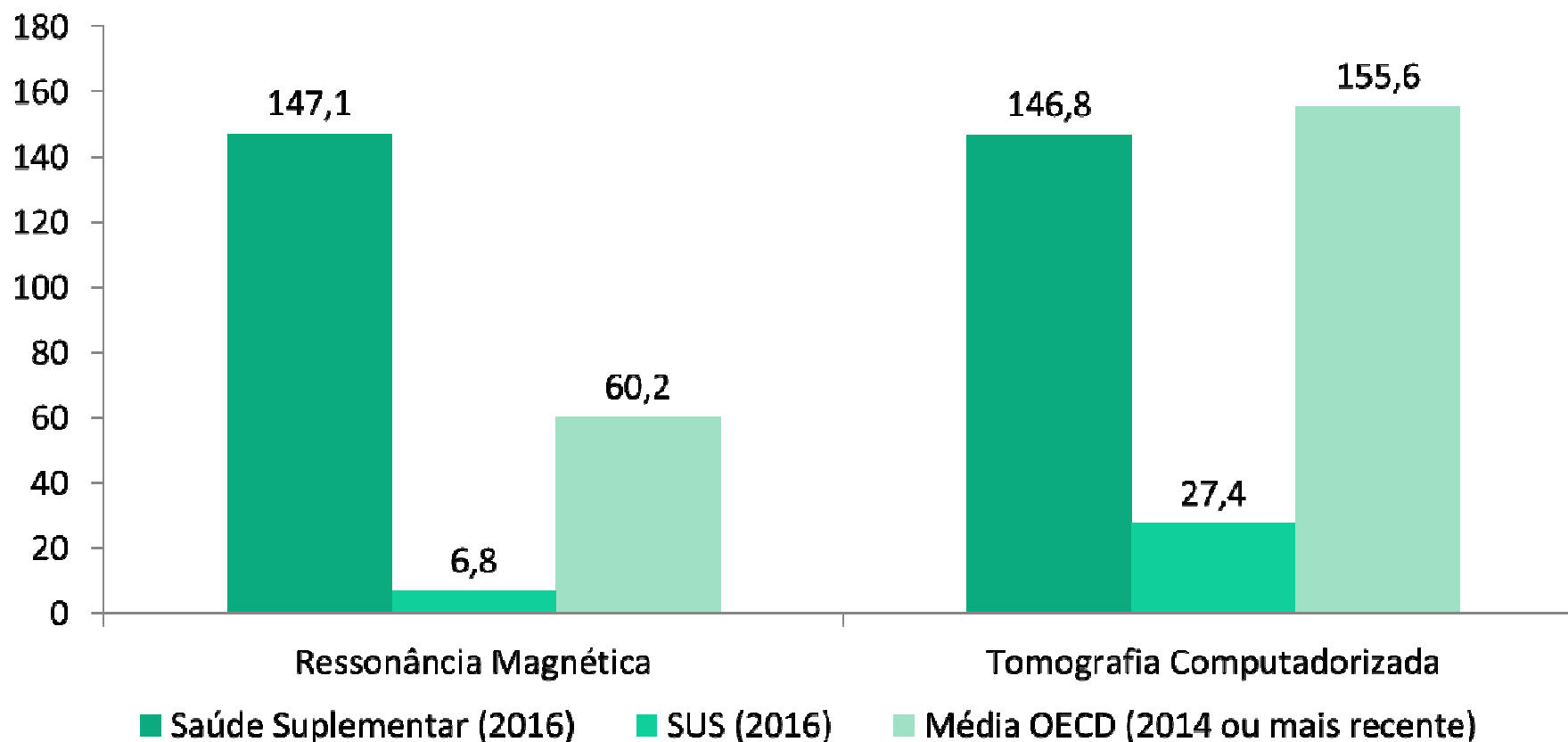
Tomografia:

+55%

Fontes: Mapa assistencial 2016 (junho 2017). Sistema de Informação de Beneficiários - TABNET/ANS (Extraído em 27/6/17).

Exames de imagem

Frequência de utilização por 1.000



Fraudes, Abusos e Desperdícios

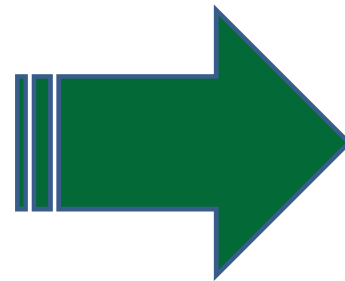
DE ACORDO COM O
RELATÓRIO DA OMS



Entre

20%
40%

de todos os
gastos em saúde
são desperdiçados
por ineficiência



Custo total do desperdício

Adaptado pela FenaSaúde



Falta de coordenação do atendimento

3,8%

Falha no atendimento

14,1%

Sobrepeso

14,4%

Fraude e abuso

19,4%

Tratamento excessivo

21,1%

Burocracia administrativa

27,2%

Princípios para a mudança

- Devemos nos afastar de um modelo que induz demanda, organizado ao redor do que os profissionais de saúde fazem, e ir em direção a um modelo centrado na satisfação do paciente
- Repartição das responsabilidades: prestadores precisam assumir riscos dos seus atos. (Ato médico e suas consequências).
- Confiança entre os agentes envolvidos.
- Transparência nas informações.
- Não há uma solução única: modelos de remuneração diferentes devem coexistir no mercado.

Experiência de transição no Brasil:

- ANS tentou induzir – não houve sucesso.
- Entidades de classes tentaram induzir – não houve sucesso.
- Os avanços estão ocorrendo nas negociações caso a caso:
Operadoras negociam diretamente com prestadores.

Ações Necessárias para mudança:

- A adoção em etapas. Ainda há obstáculos a serem superados, como ausência de dados.
- Coletar, medir, disseminar informações/dados.
- Desenvolver métricas para avaliar qualidade no desfecho de procedimentos, especialmente aquelas com maior impacto nos custos.
- Medir resultados em vez de processos a fim de dar liberdade aos prestadores para redesenhar o modelo de atenção à saúde e apoiar a escolha do paciente.

Ações Necessárias para mudança:

- Alinhar junto aos conselhos profissionais protocolos de atendimento de baixo custo e alta resolutividade e quais são as mudanças de pagamento necessárias para adotá-los.
- Coibir fraudes e abusos.
- Engajar o paciente: permitir o desenho de incentivos para que o paciente seja encorajado a melhorar sua saúde, adira aos tratamentos e escolha provedores que entreguem um tratamento de alto valor (satisfação+resolutividade com baixo custo).

Concluindo

- Existe falha de mercado no modelo de remuneração?
- É uma questão a ser endereçada pelo próprio mercado ou pelo governo?
- É preciso consolidar evidências científicas e estatísticas para aperfeiçoar o modelo e ir ajustando.
- O que fizeram outros países?

Fontes de Dados

- *Health Systems Characteristics Survey*
- 20 Países OCDE
- Dados **2016**
- Questionário

Áustria (P/S)

Atenção primária:

- Prestador predominantemente privado
- FFS + Orçamento Global

Especialista:

- Prestador predominantemente privado
- FFS + Orçamento Global

Atenção Hospitalar:

- Público e privado (com e sem fins lucrativos)
- FFS + Pagamento por performance + DRG

Bélgica (P)

Atenção primária:

- Prestador predominantemente privado
- Capitation + FFS

Especialista:

- Prestador predominantemente privado
- FFS

Atenção Hospitalar:

- Público e privado (sem fins lucrativos)
- DRG

Dinamarca (P)

Atenção primária:

- Privado (consultórios e clínicas)
- Capitation + FFS

Especialista:

- Predominantemente público (ambulatório hospitalar)
- FFS + Orçamento global

Atenção Hospitalar:

- Público
- Orçamento global + DRG

Espanha (P)



Atenção primária:

- Público (clínicas)
- Capitation (idade, densidade e dispersão)+ FFS

Especialista:

- Público (ambulatório hospitalar)
- Orçamento global

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- Orçamento global + DRG

França (P)

Atenção primária:

- Privado
- FFS + Pagamento por performance

Especialista:

- Privado
- FFS + Pagamento por performance + tabela (flat fee)

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- DRG

Holanda (S/P)

Atenção primária:

- Privado (clínicas)
- Capitation (idade, sexo, CEP) + FFS + Pg. por performance

Especialista:

- Privado
- FFS + Pagamento por performance + tabela (flat fee)

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- DRG

México (P/O)



Atenção primária:

- Público (clínicas) e cerca de 1/3 privado
- Capitation e Orçamento global (pub.) **FFS(privado)**

Especialista:

- Público
- Orçamento global e FFS

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- FFS (privado) e Orçamento global (público)

Portugal (P/S)



Atenção primária:

- Público (clínicas)
- Capitation (idade, sexo, condição de saúde e uso prévio) + Pagamento por performance + Orçamento global

Especialista:

- Público (ambulatórios)
- Pagamento por performance + Orçamento global

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- FFS (privado) e Orçamento global (público)

Reino Unido (P)

Atenção primária:

- Público (clínicas)
- Capitation (idade, sexo e forças de mercado) + Pg. por performance + FFS

Especialista:

- Público (ambulatórios)
- Pagamento por performance

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- DRG(público) e FFS (privado)

Suíça(S)

Atenção primária:

- Privado (consultório e clínicas)
- Capitation (idade, sexo e condição de saúde e uso prévio)

Especialista:

- Privado (consultórios e ambulatórios)
- FFS

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- DRG

Turquia(P)

Atenção primária:

- Público (clínicas)
- Orçamento global

Especialista:

- Público e Privado (ambulatórios)
- FFS e Orçamento global

Atenção Hospitalar:

- Público e privado
- Orçamento global (público). S/ info privado.

Resultados



Atenção primária:

Fee-for-service: 15 (apenas México usa FFS puro no privado)

Capitation: 14 (ambos: 12).

PPF: 8 .

Orçamento global: 8.

Especialistas:

Fee-for-service: 17. Resultado mais comum geral.

Orçamento global: 11 (Ambos: 9).

PPF: 4.

DRG: (Holanda).

Capitation: 0.

Atenção Hospitalar:

DRG: 15.

Orçamento global:10 (Ambos: 5).

Fee-for service: 5.

PPF: 1.

Capitation: 0.



OBRIGADO!

sandroleal@fenasaude.org.br

www.fenasaude.org.br
<http://planodesaudeoquesaber.com.br/>