



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Redução e Controle de Custos em Saúde

José Cechin

17º SUESPAR – Simpósio Unimed's PR

Curitiba, 06 junho 2009

- Pessoa como fim último das ações
- Reduzir gastos - princípios
- Formas de remuneração – alinhamento de incentivos
- P4P – pagamento por desempenho
- Responsabilização do consumidor

Indivíduo como fim último das ações de saúde

- Vida longa, prazerosa, saudável, sem dor
- Diagnóstico rápido e preciso (com as melhores técnicas)
- Tratamento na medida certa para recuperação segura, rápida e sem sofrimento, com as melhores técnicas
 - Gastar o mínimo
 - Não confundir a técnica mais recente, sofisticada e cara com a melhor técnica para cada caso
- Promoção da saúde e prevenção da doença
 - Em tese, deseja
 - Na prática sucumbe às tentações do prazer imediato às custas do amanhã

- Consumerismo – a busca de valor, mas ...
 - Estamos usando mais serviços médicos – mais cuidado, mais diagnósticos e mais prescrições → mais saúde?
 - Terceiro pagador – mascara a relação custo-efetividade para o paciente, induz ao sobre uso, pressiona custos
- Buscar valor, competir em valor – Porter e IBV/IBM

- Avaliar valor requer que se conheça
 - Qual cuidado é efetivo
 - Para quem
 - Sob que circunstâncias
 - O cuidado produz os efeitos desejados

 - Ampliar alcance dos critérios tradicionais de avaliação
 - Eficiência – usar o mínimo possível de recursos e os recursos certos
 - Médico ou enfermeira ou nutricionista?
 - Eficácia – obteve o que se propunha
 - Cirurgia de catarata foi um sucesso?
 - Efetividade – resolveu o problema conforme aspirações
 - A visão foi recuperada?
-

**Redução de gastos com
preservação de acesso,
qualidade e saúde**

- Gastos dos EUA 2006: US\$ 2 trilhões ou 16% do PIB
em 2016: US\$ 4 trilhões ou 20% do PIB
 - 45 milhões sem cobertura
 - Desperdício grande com erros e medicina defensiva
- Gastos crescentes em toda a OCDE por mais de 4 décadas
- Gastos do Brasil: 7-8% do PIB
 - Sistema Universal e Suplementar
 - Inclui gastos com saneamento

*Expectadores passivos dessas transformações?
ou gerenciadores de mudanças?*

- Aumento das rendas
- Aumento da população idosa → aumento das crônicas
- Estilos de vida
- Incorporação de novas tecnologias
- Risco do risco: erro médico e medicina defensiva
- Estímulo errado: pagar pela quantidade e não qualidade

- Promover saúde e prevenir doenças
- Investir mais em cuidados primários
- Desospitalização – home care
- Informação - produzir e utilizar mais e melhor para subsidiar decisões sobre cuidados médicos
- Divulgar informações para que pacientes façam melhores escolhas (valor) e prestadores se inspirem nos melhores
- Alinhar incentivos financeiros entre operadores, prestadores e consumidores
- Alinhar preços para sinalização correta

Distribuição dos gastos e ação das OPS

Grupo de Alto Custo do Próximo Ano

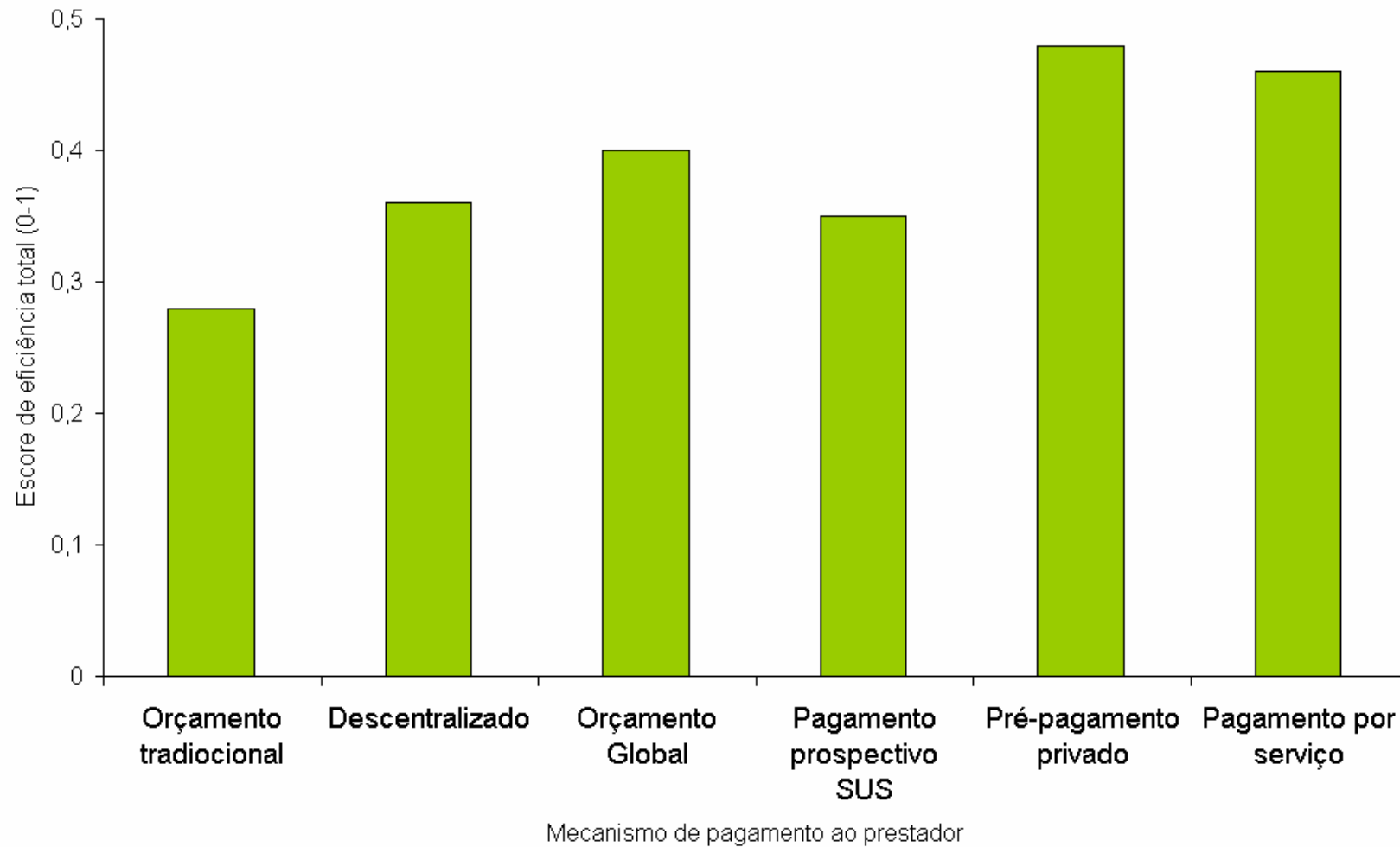
Gestão do Bem Estar <ul style="list-style-type: none"> • Informar e Motivar • Mapeamento Preventivo • Programas de Incentivo • Facilidades para Condicionamento Físico • Desafios & Eventos 	Gestão de Risco <ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento do Grupo Alvo • Intervenções Direcionadas • Progr. de Mudança Comportamental • Reforço 	Gestão da Demanda <ul style="list-style-type: none"> • Programas de Auto Cuidado • Aconselhamento de Enfermeira • Gerenciamento do Estilo de Vida • Suporte à Decisão 	Gestão da Doença <ul style="list-style-type: none"> • Gestão Clínica • Suporte ao Cumprimento • Gestão de Risco 	Gestão da Incapacidade <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento de Casos • Suporte à Decisão • Gestão de Risco
Saúde e Bem Estar Baixo risco Ótima saúde	Em Risco Inatividade, obesidade, Stress, Pressão Alta	Doença/Lesão Aguda Visitas ao Médico Visitas à Emergência	Doença Crônica Diabete Doença do Coração	Incapacidade Lesão Traumática Câncer
85% segurados = 15% Custos			15% segurados = 85% Custos	

Formas de Remuneração como promotoras de valor

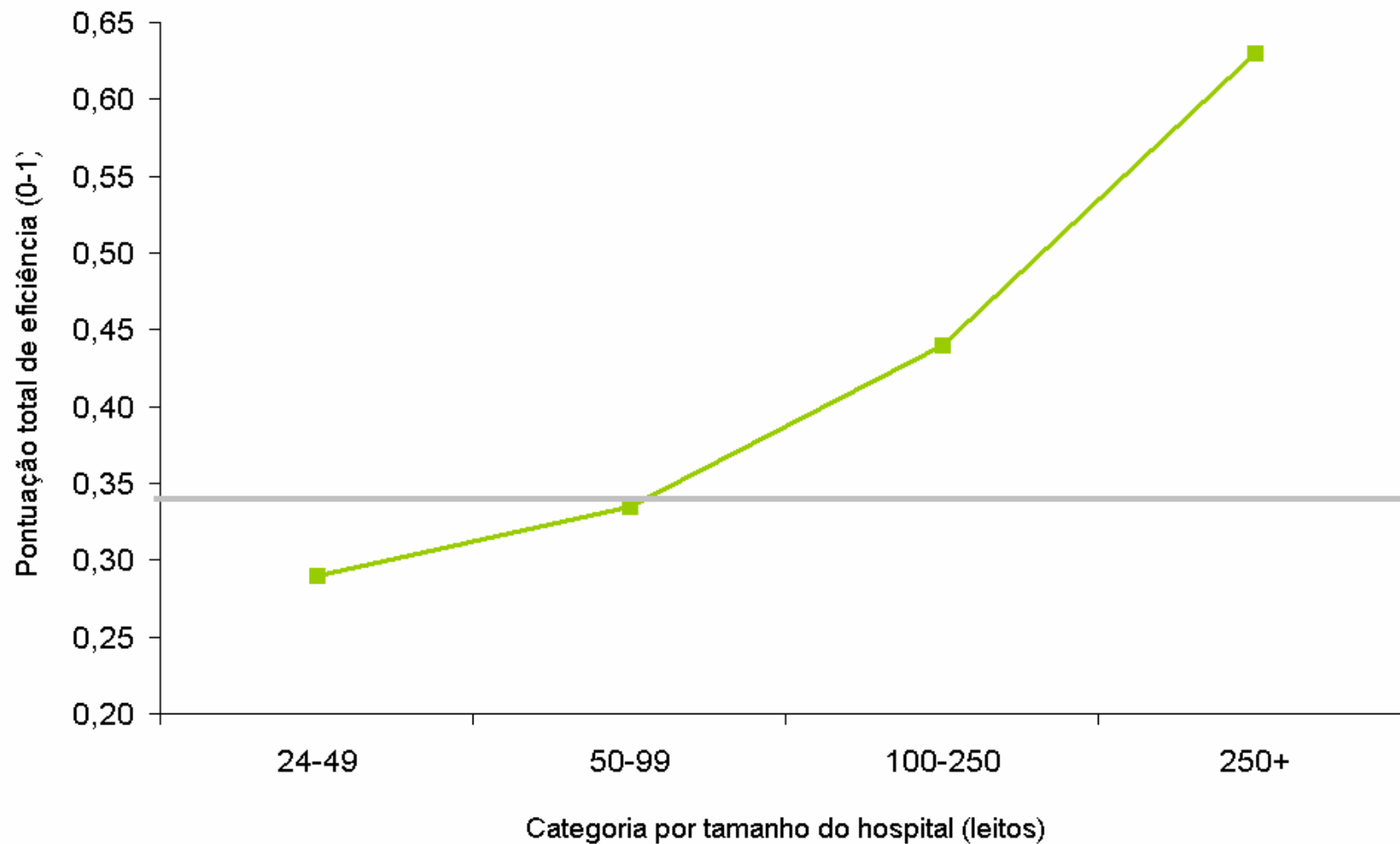
- Alinhar incentivos para
 - ter oferta adequada
 - prestador estrangulado financeiramente não investe
 - excesso de capacidade induz demanda
 - promover eficiência, qualidade, melhores escolhas do consumidor
 - conter custos
 - prevaleçam práticas custo-efetivas
 - se evitem o “over-” e o “under-treatment” - “tratamento na medida certa”
 - se amplie o acesso
 - reduzir nível de conflito entre prestador e operadora
- Reduzir risco de comportamento oportunista
- Estimulador de desempenho por alinhamento de incentivos
- Evitar formas complexas com altos custos administrativos para prestadores e operadoras

Eficiência por forma de pagamento (2002)

(n=428)



Eficiência (DEA) por número de leitos (n=428)



Formas de Remuneração

- Retrospectiva - baseada nos serviços prestados
 - estimula quantidade, pressionando custos
- Prospectiva - acordada antes da prestação
 - incentiva a eficiência - prestador assume riscos financeiros e sua remuneração é preestabelecida e independe da quantidade e composição dos serviços prestados
 - Possibilidade de sacrificar qualidade para conter custos

Formas utilizadas

- FFS
- Remuneração Global por Evento - pacotes
- DRG – Grupos Relacionados por Diagnóstico
- Capitação
- P4P – Pagamento por Desempenho
- Salários, Incentivos e Bônus

Fee for Service

- Pagamento por item de serviço prestado
 - Prática prevalecente na prestação privada
 - SIA – sistema de informações ambulatoriais
 - Custos crescem sempre que os prestadores
 - aumentam seus preços
 - fornecem maior quantidade de serviços
 - substituem serviços baratos por caros
- e os prestadores têm incentivo a fazer os três

Consumidor tem maior quantidade de serviços mas não serviços de melhor qualidade nem mais resolutivos

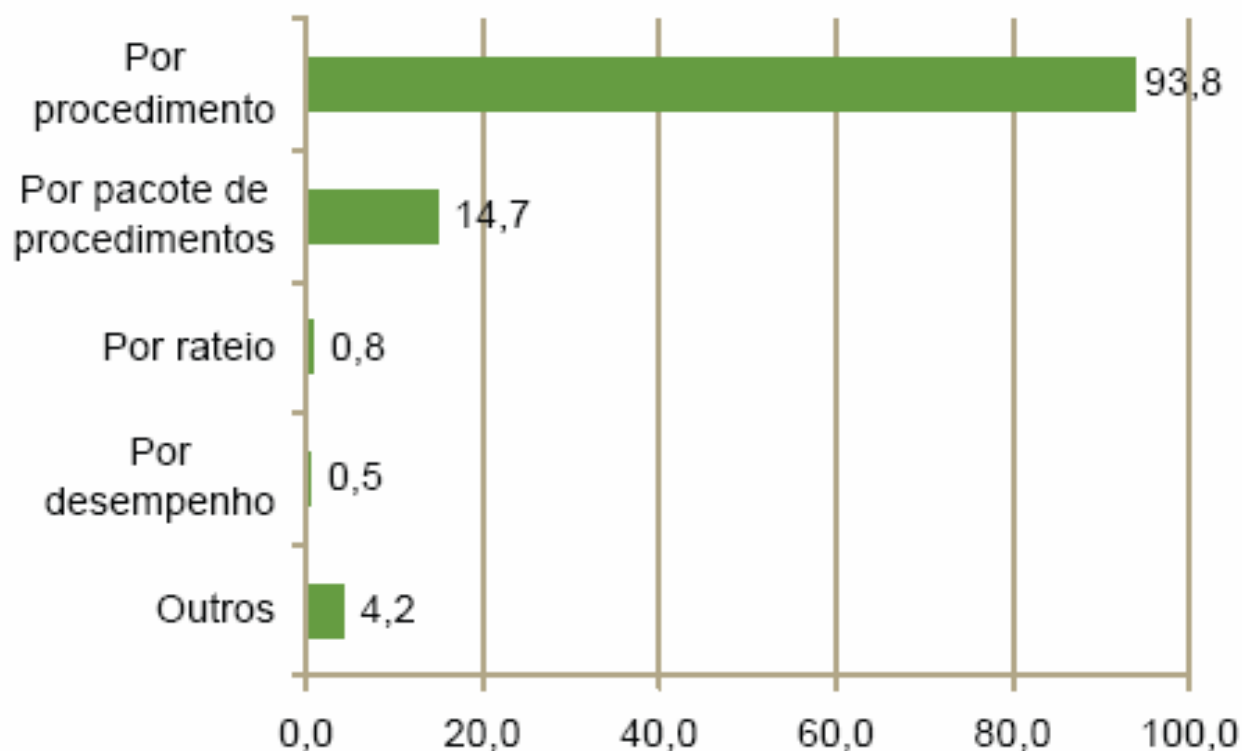
Pacotes

- Pagamento preestabelecido por conjunto de serviços. Ex: AIH/SUS
 - AIH/SUS: casos classificados em 2.300 procedimentos de 524 grupos
 - Valor fixo por procedimento classificado
 - Visa faturamento
 - mas materiais caros precisam de autorização ...
- Para procedimentos amadurecidos, padronizados, com pouca variabilidade
- Compartilha risco

Promove a eficiência na prestação, mas ...

Risco de eficiência suplantando qualidade
Sem ajuste por risco, estimula a seleção de risco
Não registra diagnósticos secundários

Figura 12 Distribuição percentual de operadoras por forma de remuneração dos obstetras (Brasil – 2007)



Fonte: Requerimento de Informações – ANS/MS – 05/2008

- Como nos pacotes, mas remuneração é ponderada pela severidade diagnóstico e tratamento - ajustes por risco
 - Pondera co-morbidades, composição dos casos
 - Acrescenta diagnósticos secundários à solicitação inicial
 - Aperfeiçoa coleta de estatísticas
 - Compartilha risco

Promoveu o menor tempo
de permanência hospitalar na OCDE

Pressão por eficiência pode afetar qualidade

Capitação

- Remuneração mensal por pessoa independente de serviço
 - Prestador assume risco
 - Para procedimentos listados
 - Indutor de eficiência
- Exemplos:
 - atenção primária
 - GP no UK e Itália – per capita para população designada
 - SIA convertido para PAB/SUS – atenção básica municipal
 - Grandes riscos
 - Prática de médias OPS em SP – contratam serviços de alta complexidade com grande prestador – “co-seguro”

*Incentivos à promoção e prevenção
Reduziu tempo médio de internação*

P4P - Pagamento por Desempenho

- Novidade – para atender a perspectiva do consumidor
- Prestadores são pagos por atingirem metas acordadas de desempenho e eficiência
- Pagamento negado quando há consequências negativas dos cuidados, como erros ou elevação de custos
- Essência do P4P: Value for money
 - Porter - “Repensando sistemas de saúde”
 - Institute for Business Value da IBM “Saúde 2015”
- Foco no resultado - o preço refletiu valor?

P4P - Pagamento por Desempenho

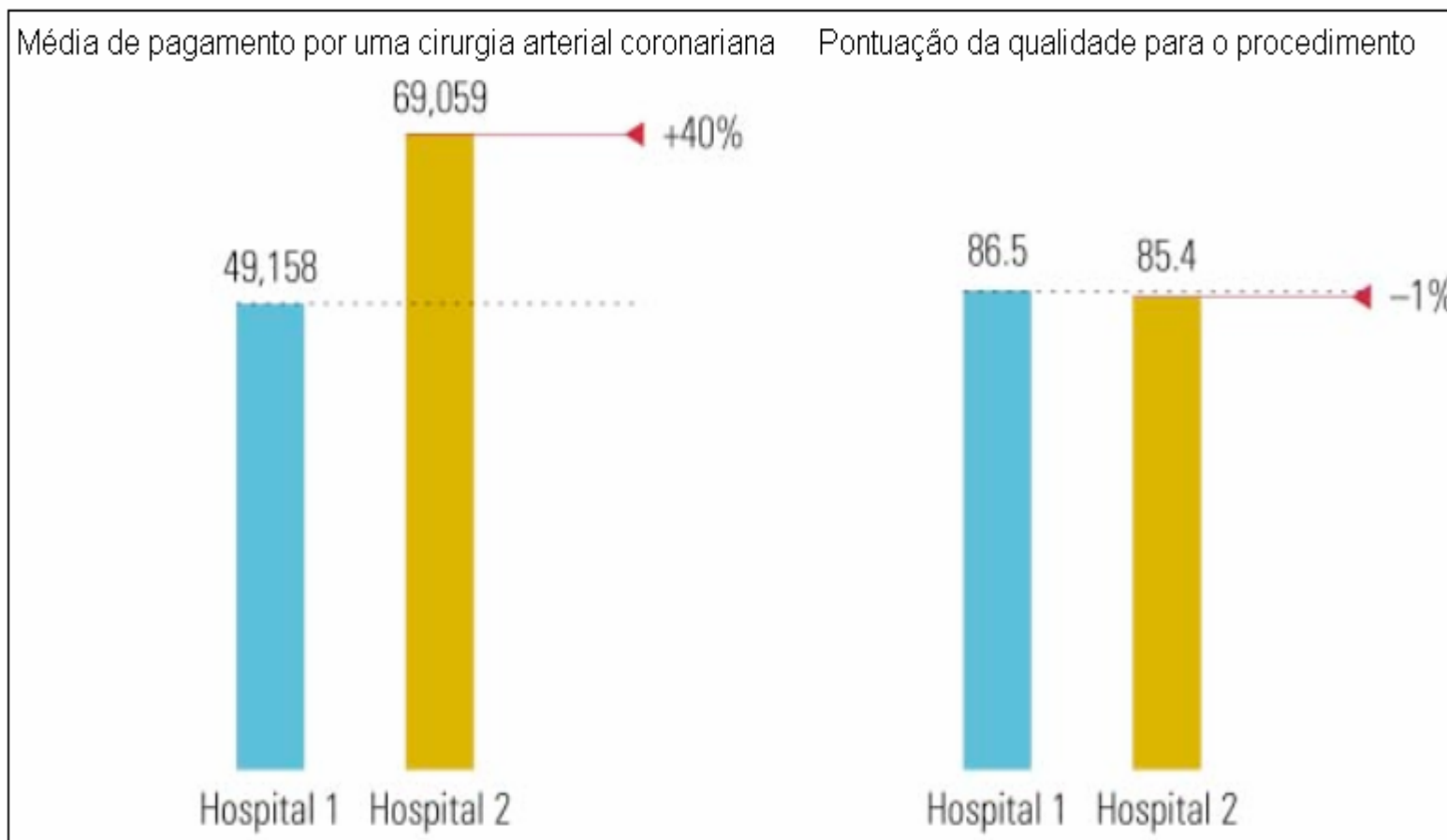
- Eficiência, efetividade ... são critérios insuficientes
- Não basta saber se paciente sobreviveu ou não ao procedimento, se foi feito com eficiência, se foi efetivo
- Precisa verificar
 - se o procedimento era necessário
 - que alternativas havia
 - Sobrevida após intervenção
 - Qualidade de vida depois comparada com antes
- Pagamento com base no valor mas o que é valor?

P4P – O que é Valor

- Value for money – requer entendimento do que é valor
 - Definir diferentes tipos de valor que as pessoas esperam dos cuidados de saúde
 - Avaliar efetividade do cuidado e retorno relativamente às nossas expectativas
 - Quantificar valor recebido por \$ gasto
 - Considerar que é fácil contar \$ gasto mas não o que ele alcança em termos de valor (anos de vida, redução da dor, mobilidade, habilidades, ...)

Concordância sobre fatos de despesas e resultados não assegura concordância sobre prioridades e o que é valor

Valor – “Value for money”



Fonte: McKinsey Quarterly

P4P – medir valor

- Medir valor em saúde é atividade complexa, impregnada de subjetivismo
- Desenhar programa de remuneração por desempenho tem desafios legais, organizacionais, éticos, de mensuração ...
- Indicadores devem ser bem selecionados para não produzirem efeitos nefastos
- Construção dos indicadores envolve produzir e coletar informações regularmente, o que tem custos – paperwork, custos administrativos
- Respeito à diversidade das especialidades, o que impõe limites à padronização

Fatores de sucesso

Fatores de sucesso - reconhecer tendências

Consumerismo – afeta prestadores e operadoras

- Fatores chaves na aquisição de planos serão
 - custos médicos totais - preços unitários, mix de serviços e volumes
 - valor total – qualidade, resultados e preços
- Ênfase: de **volume de serviços** para **cuidados de alta qualidade a preços razoáveis**
 - Segurança para paciente
 - Aderência à medicina baseada em evidências e padrões de cuidados
 - Mensuração de resultados
- Em resposta os provedores devem
 - criar proposições de valor
 - comunicar e competir com base em valor

Fatores de sucesso - alinhar incentivos

Alinhar incentivos

- Assegurar o alinhamento e evitar o antagonismo de incentivos
- Conquistar o suporte dos médicos - seu envolvimento no desenho e implementação são importantes para o sucesso
- Alinhar os incentivos aos médicos com objetivos das operadoras, preservando-lhes a oportunidade de se adaptar
- Educar e incentivar consumidores para uso consciente

Fatores de sucesso - trabalho a realizar

Trabalho árduo previamente à implantação

- Reconhecer que não há forma única superior a todas
- Assentar remuneração em dados sólidos de custos para todas as formas de remuneração
- Desenvolver ambiente institucional e regulatório adequado
- Estimular a avaliação do custo-efetividade das tecnologias
- Coletar dados de padrões da prática, resultados, qualidade de serviço, outras medidas de desempenho
- Usar protocolos ou medicina baseada em evidências - para prover melhor qualidade de cuidados a custo menor eliminando desperdícios

P4P - trabalho a realizar

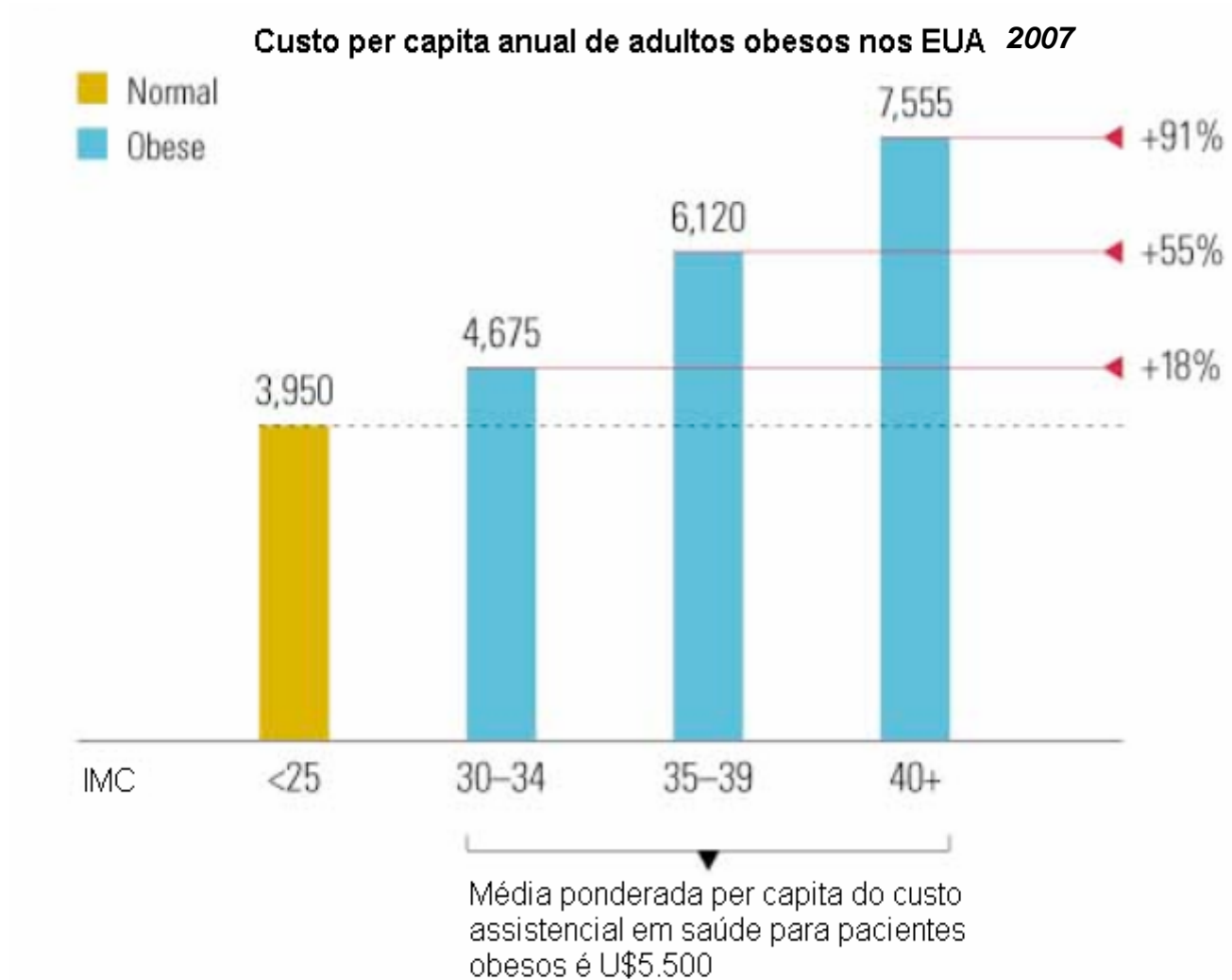
1. Promover exaustivas discussões sobre o que é valor
2. Desenvolver indicadores de desempenho e tecnologia para monitorar atividades e resultados
3. Medir resultado no tempo – não só no momento da prestação
4. Publicizar resultados para
 1. Comparar prestadores e assim estimular mudança positiva
 2. Permitir melhores escolhas – indispensável para o value for money
5. Desenvolver Marcadores Biológicos que predigam a resposta dos pacientes à terapia: quais pacientes respondem e quais não respondem a dada terapia
6. Responsabilização do indivíduo como nos planos com franquia e acumulação
7. Reconhecer que o programa é do setor e requer relacionamento com todos os participantes do mercado

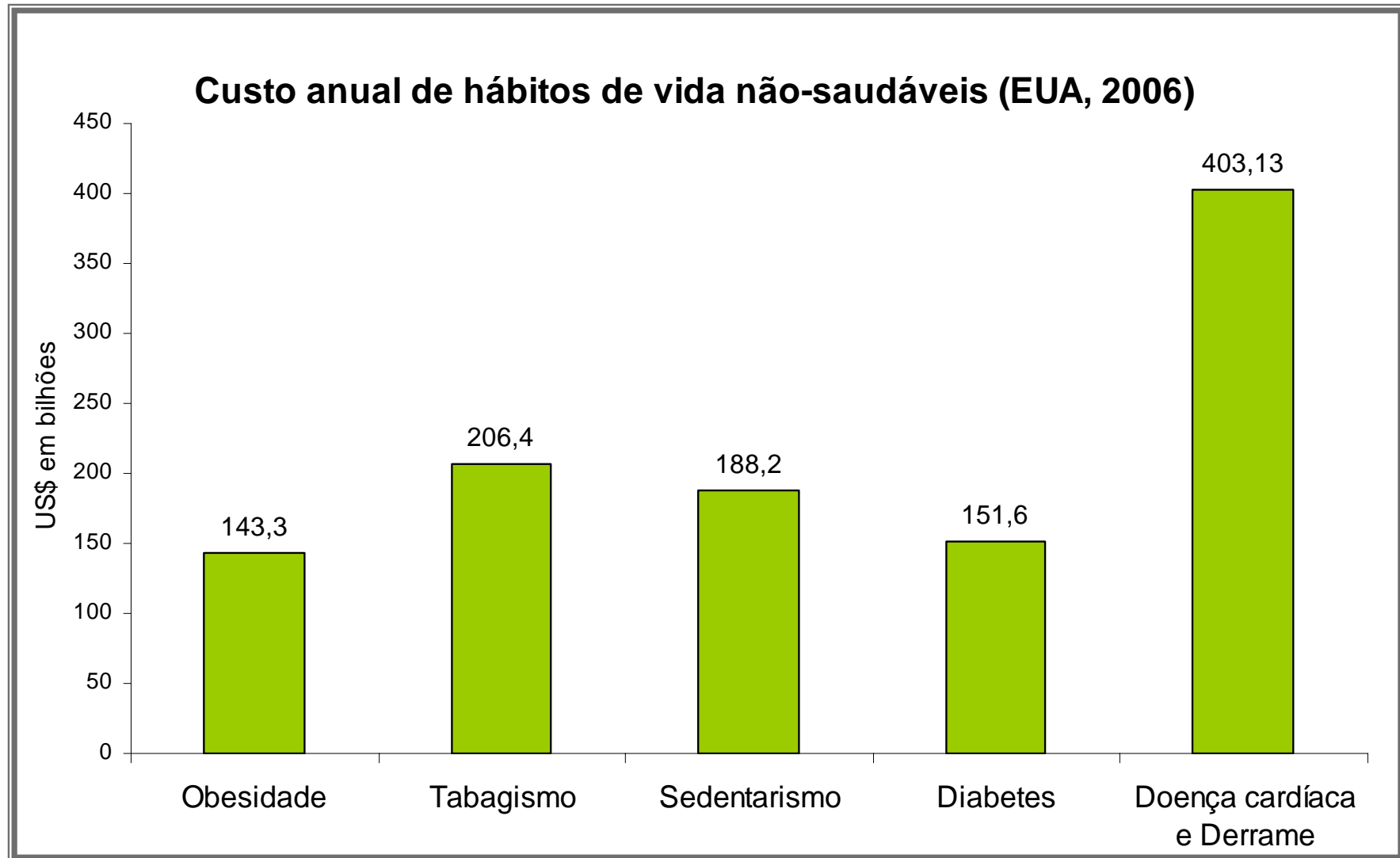
Responsabilização do indivíduo

Responsabilização do indivíduo

- O Indivíduo é sempre o pagador em última instância
- Mas nem sempre é isso que lhe parece
- Racionalidade individual difere da coletiva
 - Tende a consumir em excesso, pressionando custos
 - Menospreza a adoção de hábitos saudáveis de vida
 - Consequência de hábitos inadequados afeta a ele no futuro e afeta também toda a coletividade

Exemplo – obesidade nos Estados Unidos





Fonte: www.healthpromotionadvocates.org

José Cechin

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

jcechin@iess.org.br

www.iess.org.br

55 11 3706.9747