

Remuneração baseada em valor

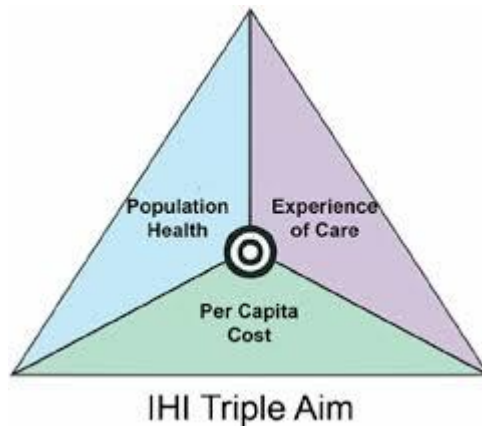
18/08/21

Ana Maria Malik

sumário

- Determinantes sociais
- Custos crescentes e modelo de atenção
- Quem/como paga/por o que?
- Alguns exemplos

Dos determinantes sociais aos determinantes morais



Custos crescentes em saúde

- Maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis DCNT X infecto contagiosas (convivência?)
- Aumento da expectativa de vida - mas a culpa não é dos idosos
- Incorporação de tecnologia em saúde que resulta em procedimentos mais complexos e onerosos – overuse, misuse, underuse

O que se busca?



Remuneração e modelos de atenção

- Hospitalar, médico cêntrico, fragmentado
- Agudas, curativo, procedimentos – ffs
- Homem econômico – em geral, o que mais paga
- Alinhamento de recompensas – pagar pela qualidade?
- &...hospitals are for repairs (Health is made at home)
- APS – capitation/NHS
- OU SEJA, é a rede!

Quem paga pela assistência no Brasil no SUS

No setor público

- População – IR/ICM
- Estado por AIH (DRGlike)
- Estado por contrato de gestão

No setor privado

- População – IR/ICM
- OPS :
MG/cooperativas/autogestões e seguradoras

Tabela 1 – Número de hospitais acreditados por modelo/acreditadora presente no Brasil, entre 2000 e janeiro 2021 (Malik, 2021)



| ANO | ONA | JCI | ACI | tot |
|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 2000 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 2001 | 13 | 1 | 0 | 14 |
| 2003 | 28 | A | 0 | B |
| 2004 | 34 | 3 | 0 | 37 |
| 2006 | 53 | 6 | 0 | 59 |
| 2008 | 94 | A | 4 | B |
| 2010 | 104 | 12 | 4 | 120 |
| 2011 | 148 | A | 12 | B |
| 2012 | 169 | 21 | 24 | 214 |
| 2013 | 182 | 22 | 36 | 240 |
| 2014 | 209 | 32 | 22 | 263 |
| 2015 | 225 | 29 | 32 | 286 |
| 2016 | 230 | 38 | 36 | 294 |
| 2017 | 256 | 33 | 48 | 337 |
| 2018 | 324 | 38 | 46 | 408 |
| 2019 | 347 | 37 | 51 | 435 |
| 2020 | 337 | 37 | 61 | 435 |
| 2021 janeiro | 321 | 39 | 61 | 421 |



Não dá para não melhorar: Indicadores dos hospitais que emitiram AIH, 2017 (Carpanezi, 2019)

| | Porte Hospitalar | | | Brasil |
|---|------------------|--------|--------|--------|
| | Pequeno | Médio | Grande | |
| Média de Permanência | 3,82 | 5,37 | 7,09 | 4,46 |
| Taxa de Ocupação | 28,01% | 52,93% | 68,22% | 39,94% |
| Índice de Giro de Leitos | 33,75 | 43,92 | 41,52 | 37,88 |
| Índice de Intervalo de Substituição | 206,73 | 44,70 | 19,78 | 134,77 |
| Porcentagem de Internações por Atenção Básica | 11,92% | 7,14% | 2,88% | 9,87% |
| Taxa de Mortalidade | 2,52% | 4,36% | 5,83% | 3,21% |

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar, 2017

Modelos de remuneração

- Fee For Service – FFS: também conhecido como conta aberta, é o modelo hegemônico de prestadores de serviços especialmente de profissionais de saúde, além de ser o modelo mais utilizado no setor privado brasileiro
- Pagamento por diárias hospitalares: específico para remuneração de contas hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dia de permanência do paciente podendo ser global ou semi-global.
- Capitation: modelo de remuneração de médicos e outros prestadores de serviços de saúde, por meio de estabelecimentos de um valor fixo por paciente cadastrado (per capita) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados, para uma população definida e em um período especificado.

Modelos de remuneração

- Orçamentação Global e Parcial: consiste no estabelecimento de um montante de recursos estimado por meio de uma programação orçamentária com valores geralmente baseados em pagamentos anteriores, série histórica, e ajustados por um fator de inflação para o período.
- Pacotes: procedimentos ambulatoriais, hospitalares e de serviços diagnósticos e terapêuticos agrupados e remunerados por um valor único.
- Pagamento por performance: caracteriza-se pela remuneração ajustada pelo desempenho dos prestadores de serviços que deve estar associado a outro modelo específico.

Modelos de remuneração

- DRG Diagnosis Related Groups – Grupo de Diagnósticos Homogêneos: classificação de pacientes, desenvolvida pela Universidade de Yale, EUA, no final da década de 60 e ao longo da década de 70, teve como objetivo definir o produto hospitalar para fins de monitoramento da utilização de serviços, bem como da avaliação e gerência da qualidade da atenção hospitalar.
- Assalariamento: consiste no pagamento clássico, pago como contraprestação dos serviços executados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho

E a remuneração baseada em valor? ! : : : :

- O que é valor?



do que dá para dizer???

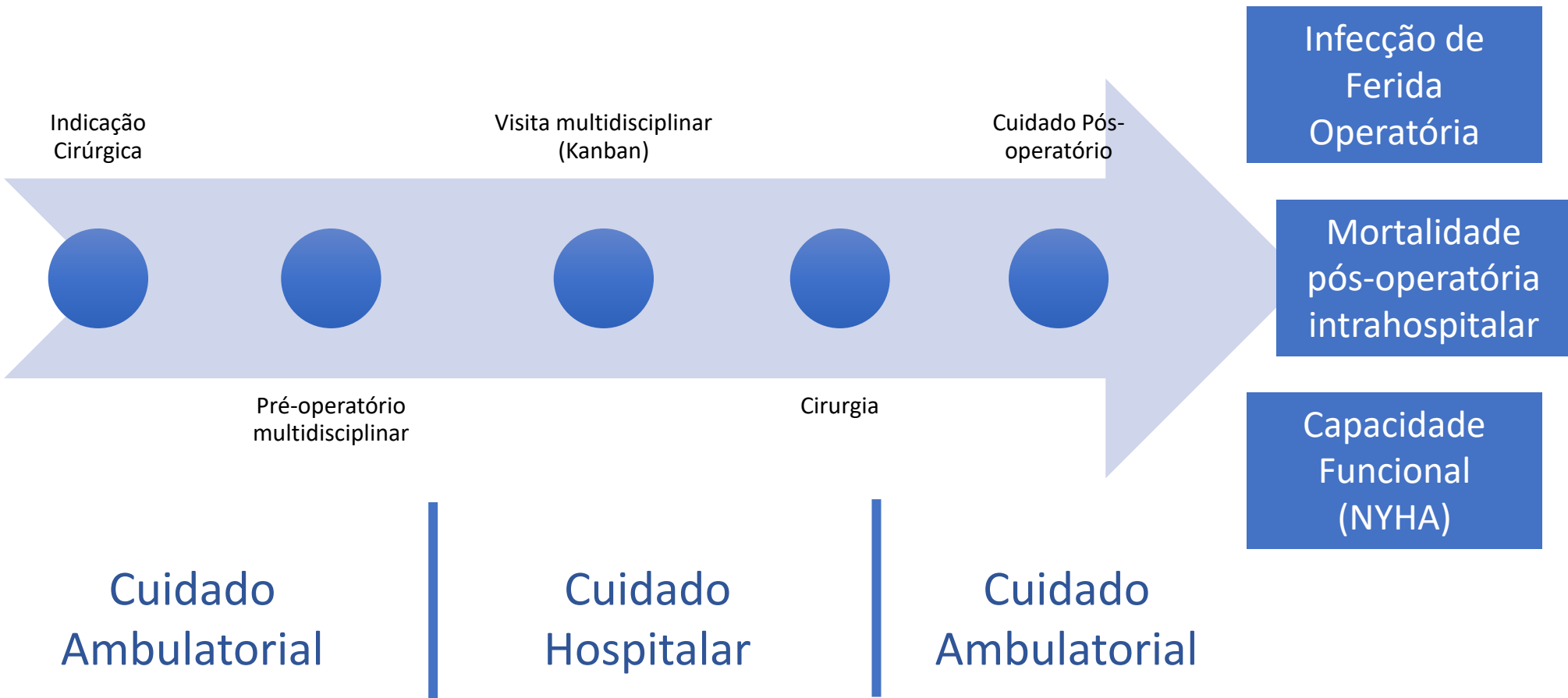
- Porter – $v = R/\$$
- Virginia Mason - $Q = A \times (O + S)/W$, onde
 - Q – qualidade
 - A – adequação (appropriateness)
 - O – resultados (outcomes)
 - S – serviços
 - W – desperdício (waste)

Como conduzir a mudança?

- Não há varinha mágica
- Não é a organização inteira
- Precisa criar o seu modelo
- Tente não começar do zero

Unidade de Prática Integrada – Doenças Valvares

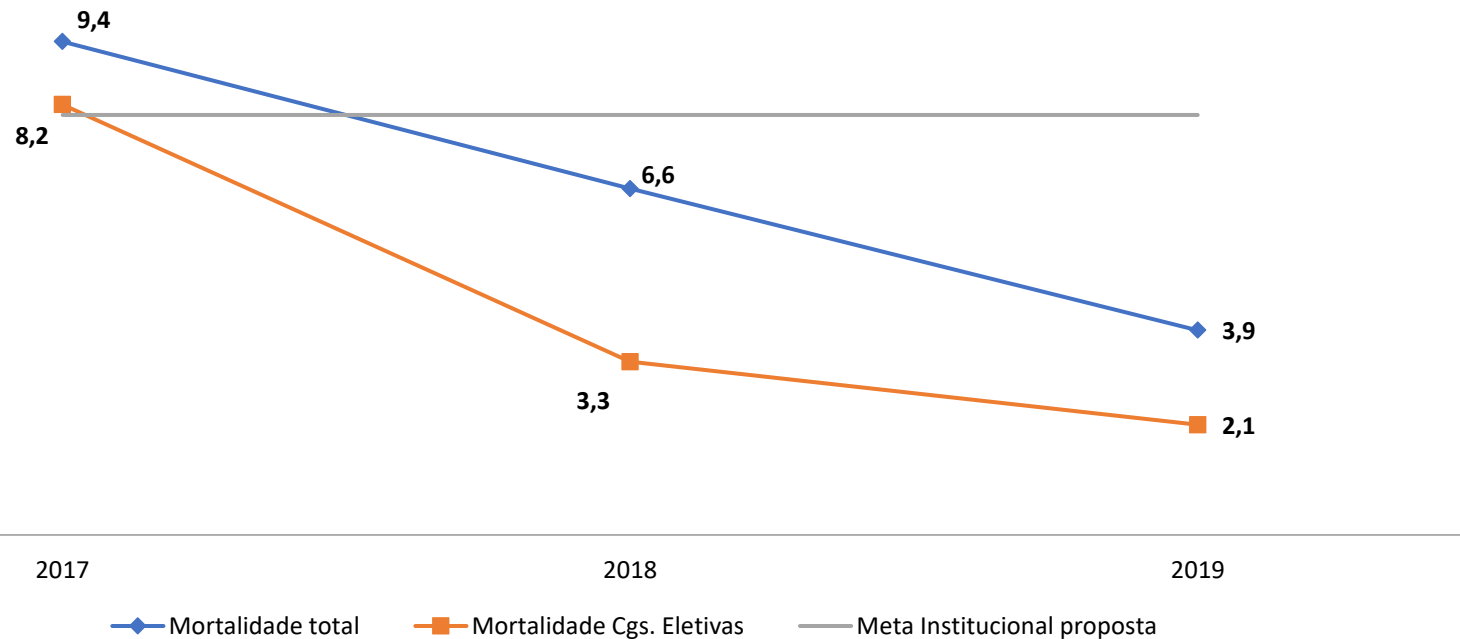
(Silva, 2018 – hospital público)



Impacto – follow up em 2020 (Silva, 2020)

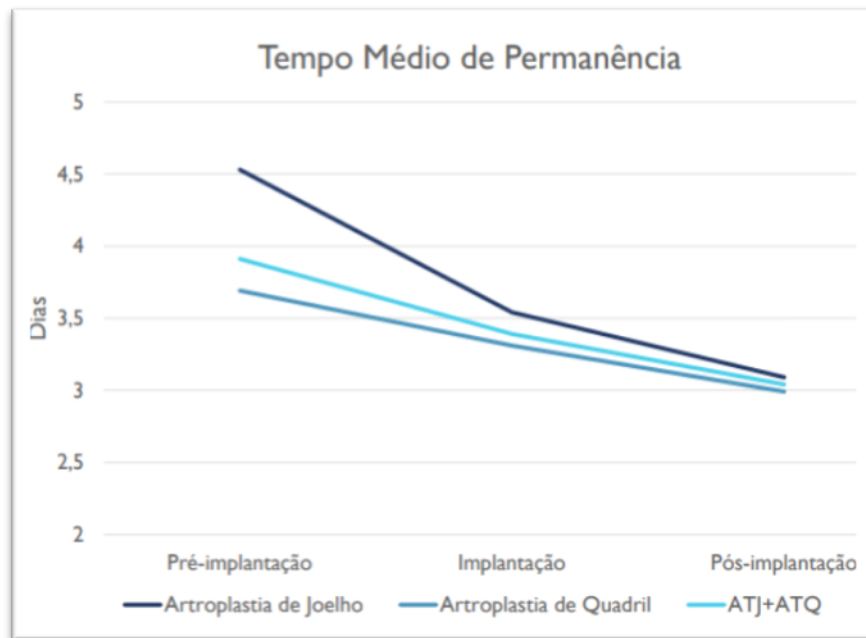
GVsaúde
Centro de Estudos
em Planejamento e
Gestão de Saúde

Percentual de Mortalidade dos pacientes que realizaram cirurgias nos três últimos anos – Valvopatias Cirúrgicas



*Óbitos em até 30 dias

implantação de processos integrados em ortopedia (Colombari, 2019 – hospital privado)



| Variáveis | Pré-Implantação n (%) | Implantação n (%) | Pós-Implantação n (%) |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Artroplastia de Joelho | | | |
| População | 121 (100) | 254 (100) | 493 (100) |
| Infecção de Sítio Cirúrgico | 6 (5,0) | 7 (2,8) | 16 (3,25) |
| Readmissão em 30 dias | 5 (4,1) | 9 (3,5) | 14 (2,8) |
| Readmissão em 90 dias | 3 (2,5) | 5 (2,0) | 11 (2,2) |
| Reoperação em 90 dias | 2 (1,6) | 3 (1,2) | 18 (3,6) |
| Óbito hospitalar | 0 (0,0) | 3 (1,2) | 1 (0,2) |
| Artroplastia de Quadril | | | |
| População | 342 (100) | 466 (100) | 551 (100) |
| Infecção de Sítio Cirúrgico | 5 (1,5) | 3 (0,6) | 5 (0,9) |
| Readmissão em 30 dias | 7 (2,0) | 9 (1,9) | 13 (2,4) |
| Readmissão em 90 dias | 5 (1,5) | 6 (1,3) | 5 (0,9) |
| Reoperação em 90 dias | 1 (0,3) | 3 (0,6) | 10 (1,8) |
| Óbito hospitalar | 0 (0,0) | 1 (0,2) | 1 (0,2) |

implantação de processos integrados em ortopedia

(Colombari, 2019 – hospital privado)

- A redução do tempo de permanência ocorreu de forma segura e efetiva
- Eficiência no atendimento dos pacientes submetidos a ATJ e ATQ
- Otimização dos recursos instalados e maximização de margem
- Corpo clínico engajado e aderente a protocolos
- Incremento na capacitação técnica da equipe multidisciplinar
- Permitiu desenvolvimento de novos produtos para negociação com planos de saúde (p.e. *risk share*)
- Estimulou desenvolvimento de atividades de educação e pesquisa

- Ações subsequentes em andamento:
 - Implementação de toda linha de cuidado, incluindo pacientes clínicos
 - Acompanhamento de desfechos de longo prazo (qualidade de vida e funcionalidade)
 - Avaliação do custo de toda linha de cuidado

valor para pacientes de plástica abdominal

(Aguilera, 2019 - privado)

Os desfechos clínicos considerados mais relevantes para os pacientes foram:

- a) No período pós-op imediato: interação para receber informações dos profissionais de saúde, não sentir dor e ter uma recuperação sem problemas;
- b) No período pós-op tardio e após 1 ano: abdômen estético e melhora da autoestima;

Frequências relativas e absolutas dos diferentes tipos de PROMs em três momentos

| PROM | pós-op imediato | | pós-op tardio | | após 1 ano | |
|------------------------------------|-----------------|-------|---------------|-------|------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| autorrealização | 0 | 0,0% | 2 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| boa estética da cicatriz | 1 | 2,5% | 3 | 7,5% | 1 | 2,5% |
| melhora da autoestima | 1 | 2,5% | 10 | 25,0% | 15 | 37,5% |
| melhora do contorno corporal | 0 | 0,0% | 1 | 2,5% | 2 | 5,0% |
| não sentir dor | 12 | 30,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| recuperação sem problemas | 11 | 27,5% | 4 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| abdômen estético | 0 | 0,0% | 17 | 42,5% | 18 | 45,0% |
| interagir para receber informações | 14 | 35,0% | 1 | 2,5% | 0 | 0,0% |
| melhora da qualidade de vida | 1 | 2,5% | 2 | 5,0% | 4 | 10,0% |

valor em saúde

(Francesquini, 2020 – 30 entrevistas com líderes e formadores de opinião)

Visão negativa quanto a remuneração baseada em serviço.

Fragilidades quanto ao conhecimento.

Baixa maturidade quanto a mensuração e divulgação dos desfechos.

Tendência de os hospitais assumirem outras atividades.

Principais necessidades de mudança.

Principais fatores impeditivos para implantação do modelo.

valor em saúde (Franceschini, 2020)

- Poucos recursos / estratégias contraditórias – não há alinhamento
- **há fragilidade** no processo de **disseminação do conceito** do modelo, sendo **necessário** o desenvolvimento de **práticas que disseminem os conceitos** de forma objetiva, estruturada e robusta.
- **não haverá cenário perfeito** para a implantação do modelo de pagamento baseado em valor, sendo **necessário um primeiro passo** para a transposição das barreiras.

Ambientes centrados em pacientes – **prems** & **proms**

- Profissionais da assistência se sentem pressionados para fazer monitoramento
- Precisam explicar indicadores (bons e ruins)
- Sistemas de informação: quem coloca que dados?
- Pagamento
- Serviços privados e públicos – tratar pacientes em serviços diferentes é igual?
- As “amenidades” são importantes no “what matters to you”?
- E quando há pouco acesso... “what matters to you” é importante?

Perguntas? Discussões?

- Ana.malik@fgv.br
- Fgvsaude.com.br
- Bibliografia
- Francischini - <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/29628>
- Silva - <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/23984>
- Gusmão - <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30348>