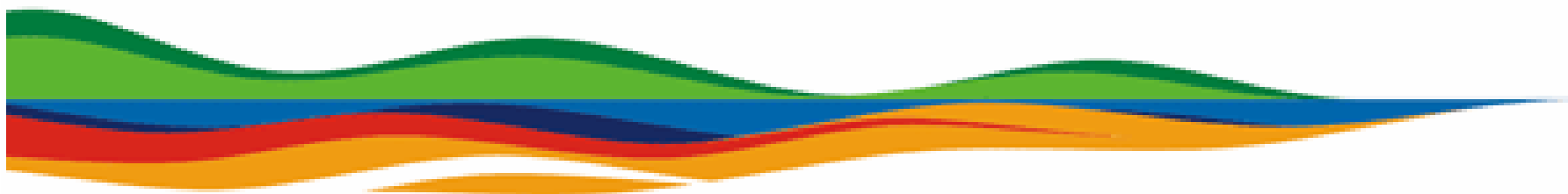


PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS

Financiamento e Pagamento por Resultado (P4P)

Gustavo Gusso
Coordenador do CS Santinho



RE-ESTIMATIVA DE GASTOS COM SAÚDE – BRASIL – 2006 (R\$ bi)

PÚBLICO 50%	FEDERAL	46,70%	40,78
	ESTADUAL	26,12%	22,81
	MUNICIPAL	27,18%	23,73
	TOTAL PÚBLICO 100%		87,32
PRIVADO 50% <small>(INCLUI \$ PÚBLICO DE RENÚNCIA FISCAL)</small>	PLANOS SEGUROS	51,3%	44,88
	DESEMBOLSO DIRETO	18,7%	16,41
	MEDICAMENTOS	30%	26,25
	TOTAL PRIVADO 100%		87,54
PÚBLICO-PRIVADO	TOTAL BRASIL		174,76

FONTE: MS-SPO – MS-SIOPS – ANS – IBGE - POF – ESTUDOS GC

APLICAÇÃO DOS RECURSOS DETERMINADOS PELA EC-29

MUNICÍPIOS BRASILEIROS - 2006

CONDIÇÃO	Nº	VALORES
MUNICÍPIOS QUE SUPERARAM O MÍNIMO	5.165	R\$6.023,8 BI
MUNICÍPIOS QUE NÃO ATINGIRAM O MÍNIMO	180	MENOS: R\$40,7 MI
MUNICÍPIOS QUE APLICARAM EXATAMENTE O MÍNIMO	1	0
TOTAL	5.562	A MAIS: R\$5.983,1 BI

Metodologia e observações:

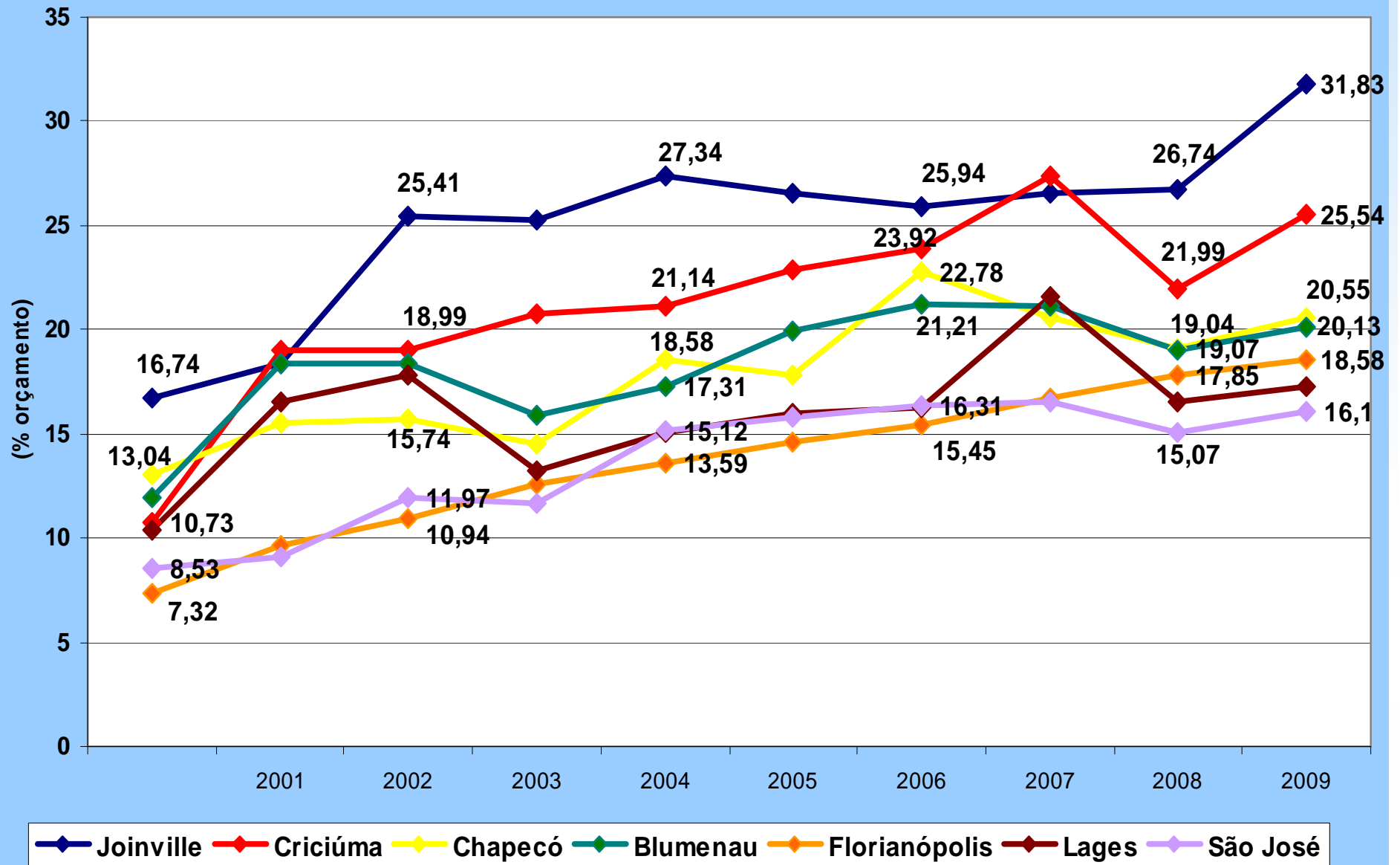
1. Utilizados os dados de transmissão de SIOPS anual 2006- em Outubro de 2007.
ATÉ OUT. 2007 217 MUN.SEM INFORMAÇÃO;

2. Para os municípios que não transmitiram os dados ao SIOPS, utilizados os dados da expansão feita para a RIPSA.

3. Os valores aplicados em ações e serviços de saúde, acima do mínimo previsto para a EC 29, não devem ser considerados como excedentes, uma vez que a EC 29 estabeleceu o piso de aplicação e não o teto.

FONTE: SIOPS - ESTUDOS GC

Percentual dos Gastos aplicados em Saúde em Municípios SC Fonte SIOPS



**APLICAÇÃO DOS RECURSOS DETERMINADOS PELA EC-29
ESTADOS BRASILEIROS - 2005**

CONDIÇÃO	Nº	VALOR
ESTADOS QUE SUPERARAM O MÍNIMO	7	571.450.320
ESTADOS QUE NÃO ATINGIRAM O MÍNIMO	20	-3.458.102.387
ESTADOS QUE ATINGIRAM EXATAMENTE O MÍNIMO	-	-
TOTAL	27	-2.886.652.067

Metodologia e observações:

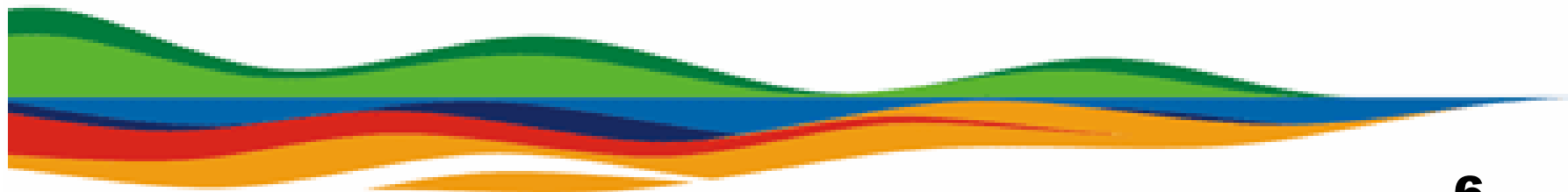
1. Utilizados os dados de Balanços Estaduais analisados por técnicos do SIOPS ;

3. Os valores aplicados em ações e serviços de saúde, acima do mínimo previsto para a EC 29, não devem ser considerados como excedentes, uma vez que a EC 29 estabeleceu o piso de aplicação e não o teto.

FONTE: SIOPS

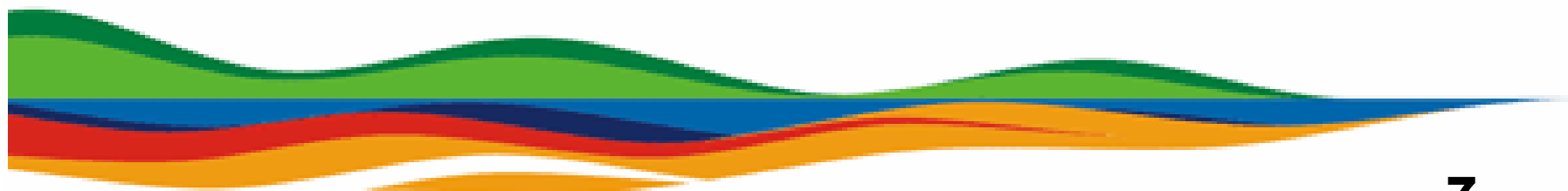
O QUE QUEREMOS

ANO	10% RCB R\$BI
2008	70,49
2009	77.26
2010	84,24
2011	92,98



O QUE LEVAMOS

ANO	
2008	51,80
2009	57,07
2010	63,49
2011	72,06

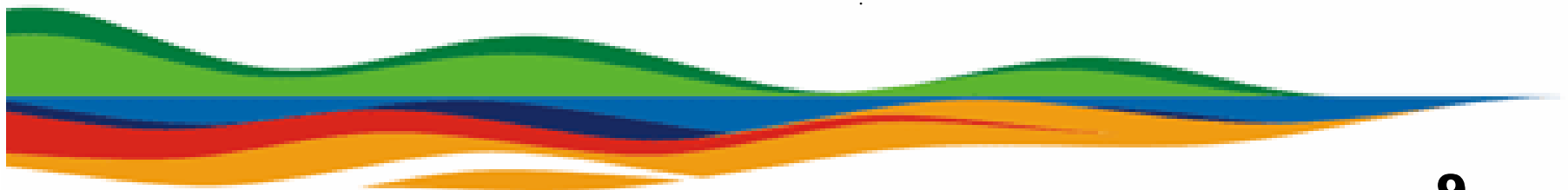


O QUE PERDEMOS

ANO	RCB/APROVAD O R\$BI
2008	18,69
2009	20,19
2010	21,25
2011	20,92

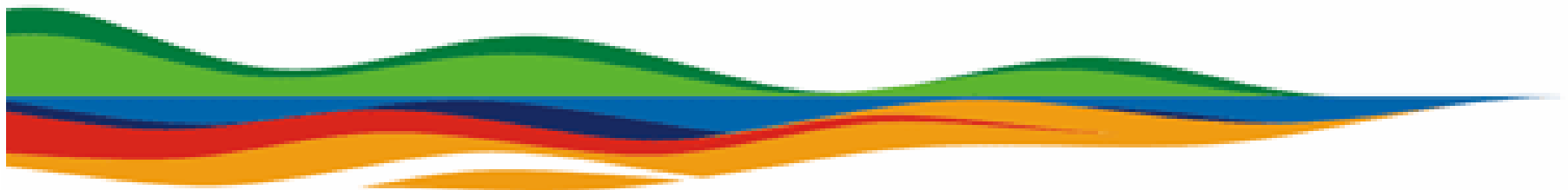
PERCENTUAL DE GASTO PÚBLICO NO GASTO TOTAL DE SAÚDE -2004-WHO-WHS-2007

- >80%:
LUXEMBURGO; INGLATERRA; COLOMBIA; SUÉCIA;
NORUEGA; DINAMARCA; JAPÃO
- 70-79%:
IRLANDA; FRANÇA; ALEMANHA; ITÁLIA; PORTUGAL;
ISRAEL; ESPANHA;
- 60-69%:
EMIRADOS; CANADÁ; AUSTRÁLIA; HOLANDA
- 50-59%:
S. LEOA; SUIÇA; UCRÂNIA; GRÉCIA.
- <50%:
CHILE-BRASIL (47%) ARG. (45,3%); USA (44,7%),
URUGUAI (43)



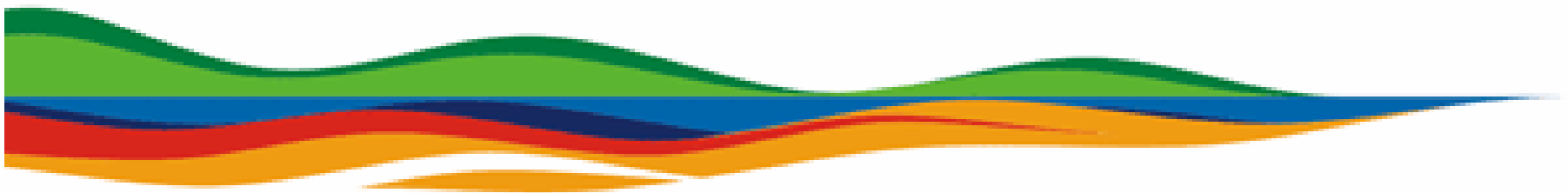
Definição

Pagamento por performance ou resultado é o mecanismo de pagamento na qual as organizações ou profissionais são recompensadas por conquistar metas mensuráveis (National Health System – NHS)



Tipos de pagamento existentes

- Produção (fee for service)
- Captação (per capta)
- Salário fixo
- Desempenho (Performance ou resultado)
- Mix dos acima



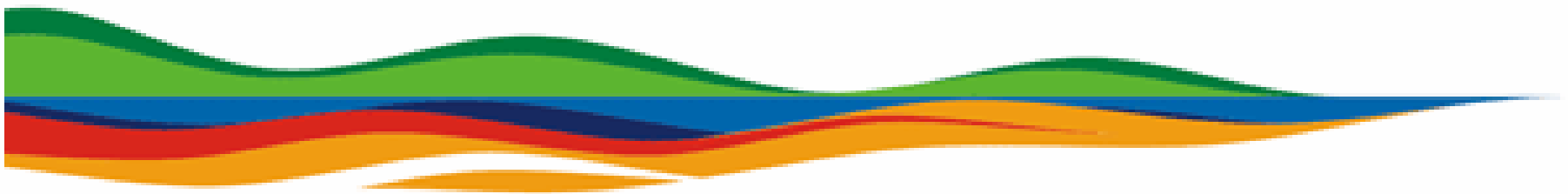
Tipos de vínculo existentes

- Público: estatutário/ CLT (não precarizados), temporário, **emergencial/verbal** (precarizados), fundação estatal de direito privado (exemplo: Bahia)
- Privado:
 - Individual: contrato de trabalho (Inglaterra), CLT
 - Através de organização: OS, cooperativa



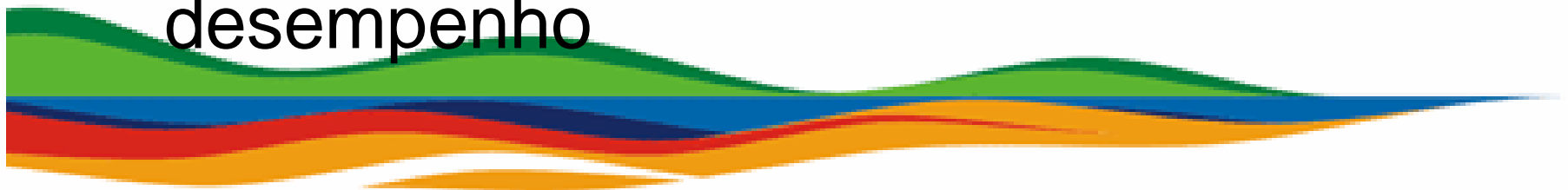
Histórico no Brasil

- Sistema público: pagamento por produção ainda vigente (AIH - código 7) e salário fixo
- Sistema privado: pagamento por produção



Histórico no Brasil

- Atenção Básica: mudou financiamento fundo a fundo de produção para **captação** (PAB fixo): NOB 96
- PORÉM pagamento para profissionais continuou **salário**: ao invés de **16 consultas em um período de 4 horas** de trabalho passou a se exigir **40 horas semanais** independente da produção ou desempenho



Como é o pagamento da Atenção Básica na Europa

- Sistemas Beveridgianos (sistema nacional financiado por impostos) pagam com base em captação (Inglaterra, Dinamarca, Noruega)
Exceção: Portugal, Espanha e Finlândia: salário fixo
- Sistemas Bismarckianos (financiado por seguridade social) pagam com base em produção (França, Alemanha, Bélgica)
Exceção: Holanda: paga com base em captação

Como é o financiamento da saúde nos países desenvolvidos

Financiamento sanitário	Provisão de cuidados	
	Público (funcionário)	Privado (independente)
Público (>50%)	Espanha, Portugal, Finlândia, Suécia	Reino Unido, Holanda, Canadá, Alemanha, França, Nova Zelândia
Privado (>50%)		EUA



Como é o pagamento da Atenção Básica nos países desenvolvidos

Salário + captação:

Espanha

Salário:

Finlandia, Suécia, EUA – Veterans Affairs.

Captação:

Reino Unido, Irlanda, Holanda, Dinamarca, Itália, Ontário (Canadá)

Produção:

- Sem reembolso (direto ao médico):

Alemanha, Austria, Suíça Alemã, Japão, Australia, Nova Zelândia, Canadá, EUA (medicare/ medicaid)

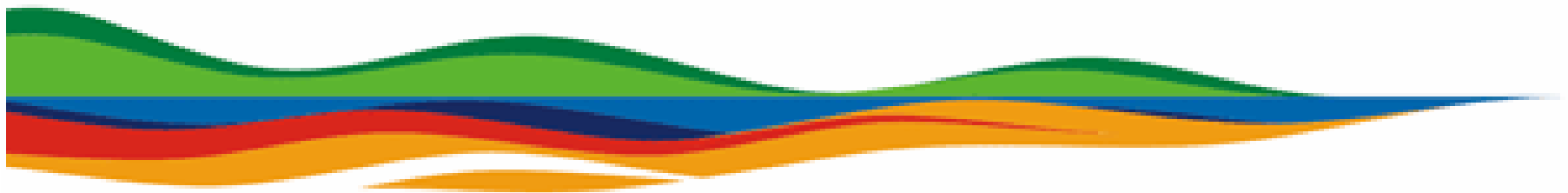
- Com reembolso (paciente paga médico e governo reembolsa):

França, Bélgica, Andorra,



Vínculo público

Vínculo público (estatutário) associado a países que saíram de ditaduras recentemente (Portugal, Espanha e Brasil) por ser supostamente mais seguro aos profissionais que ainda têm a memória da insegurança institucional

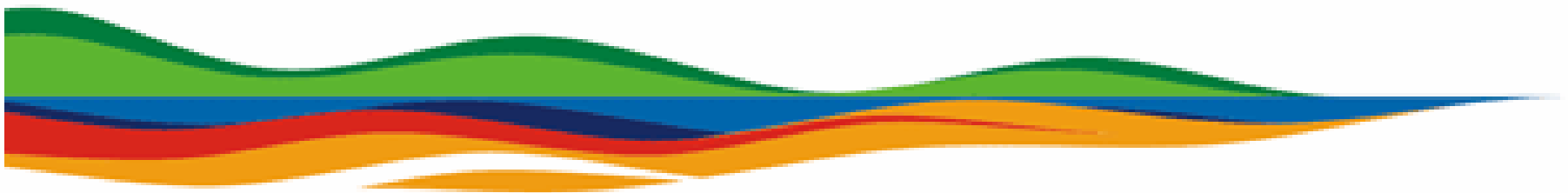


Literatura

- Averbach AD, Landefeld CS, Shojania KG. The tension between needing to improve care and how to do it. *N Engl J Med.* 2007;357:608-13
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med.* 2008;149:111-23.
- Werner RM, Asch DA. Clinical concerns about clinical performance measurements. *Ann Fam Med.* 2007;5:159-63.
- Snyder L, Neubauer RL for the American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 2007;147:792-4.
- Pham HH, Ginsburg PB. Unhealthy trends: the future of physician services. *Health Aff.* 2007;26:1586-98.
- Royal College of General Practitioners. The future direction of general practice. A roadmap. Londres: RCGP; 2007.
- Lester H, Roland M. Future of quality measurements. *BMJ.* 2007;335:1130-1.
- Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:589-96.
- Mollet C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ.* 2007;176:1705-10.
- Whalley D, Gravelle H, Silbad B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract.* 2008;58:8-14

Literatura

- Sistema de pagamento deve estimular o bom gerenciamento da clinica
 - Produção = muito retorno ao mesmo paciente ou até intervenções desnecessárias
 - Salário fixo: desestimula produção

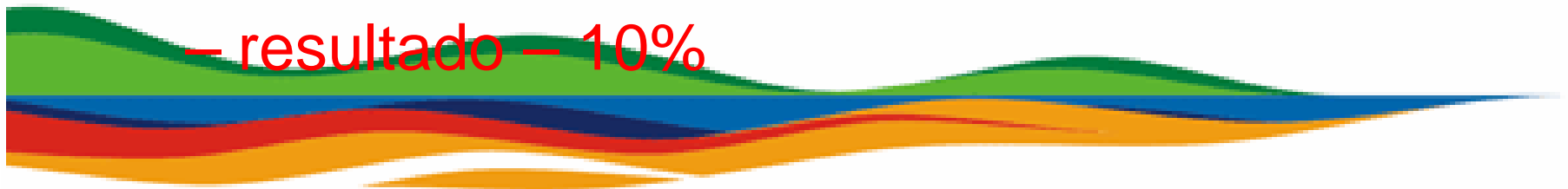


Literatura

- Estudos sugerem **MIX** (se possível com base em captação)
- **Resultado** nunca deve ser a maior parte do salário: sempre entre **10 e 30%**

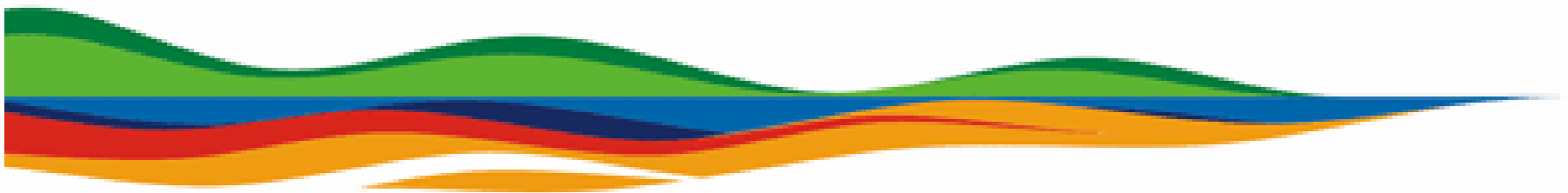
Exemplo:

- salário fixo (40 horas semanais) - 60 %
- captação (número de pessoas sob cuidados da equipe) – 30%
- resultado – 10%



Exemplo Português

- 16 indicadores
- Temas:
 - Acesso
 - Desempenho assistencial
 - Satisfação dos pacientes
 - Eficiência



Exemplo Português

INDICADORES PARA A ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

Área	N.º AC	N.º SI	Indicador
Acesso	1.4	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	1.5.1	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	1.7.1	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas
	1.7.2	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem
Desempenho Assistencial	2.1	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	2.5.1	5.4 M	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abrangam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)
	2.6.1	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	2.7.1	6.1M	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	2.9.2	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	2.10.2	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
	2.7.2	6.1M	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	2.2	5.1 M	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia realizada nos últimos dois anos
		5.10 M	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
	Satisfação dos Utentes	3.1.1	-
Eficiência	4.1.1	7.8	Custo estimado para medicamentos prescritos
	4.1.2	7.7	Custo estimado com MCDT's prescritos



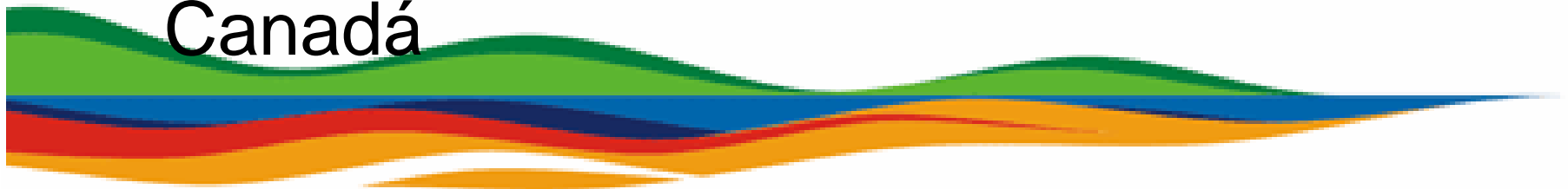
Pagamento por captação

- Vantagens:
 - Estimula gestão adequada da clinica – autoregulação
 - Equilíbrio entre produção de serviços e boa relação profissional-paciente
- Dificuldades:
 - Territorialização = área geográfica (exemplo: se o paciente quer mudar de profissional não pode)
 - Diminuiria cobertura do PSF se teto for, por exemplo, 3000 pessoas



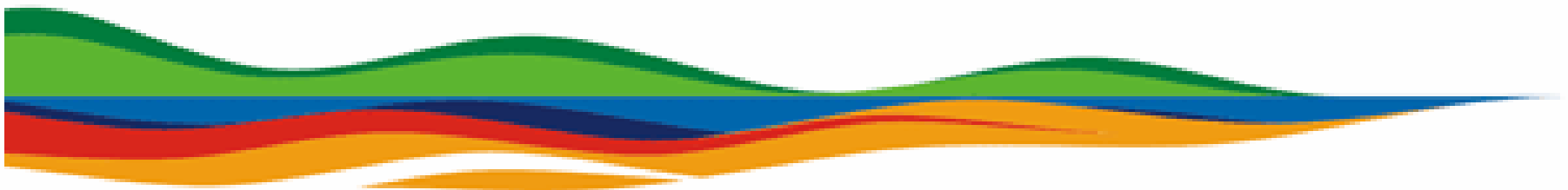
Pagamento por desempenho

- Vantagens:
 - Estimulo profissional
 - Estimulo por resultados (auto regulação)
 - Custo efetividade para o sistema de saúde como um todo
 - Relação gestor - trabalhador mais profissional
- Exemplo positivo: diminuição do tabagismo em pacientes com diabetes no Canadá



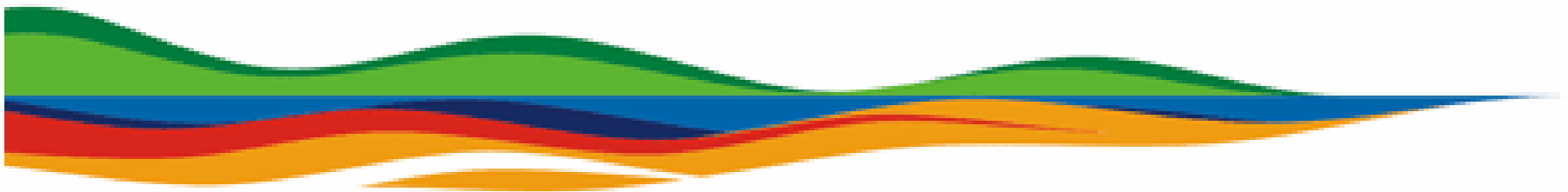
Pagamento por desempenho

- Dificuldades:
 - Visão do sindicato que apenas estatutário e pagamento por salário é o “padrão ouro”
 - Legislação dificulta variação salarial
 - Busca apenas pelos resultados que estão sendo cobrados esquecendo outras ações
 - Resultados nem sempre mensuráveis (exs: relação médico paciente e promoção da equidade)
 - Forte tradição de equipes fechadas no Brasil (resultado individual x equipe)



Exemplos brasileiros

- Curitiba: check list com pouca variação salarial e pouco efeito prático quase não mudando o sistema convencional de pagamento (salário fixo)
- Janaúba (MG): maior possibilidade de variação salarial; iniciativa pessoal do secretário de saúde (pouca institucionalização)
- Florianópolis: fiscais da vigilância têm metas (institucionalizado)



Visão cultural latino americana

Segundo a ONG Latinobarômetro (<http://www.latinobarometro.org/>) 60% dos latinoamericanos acham injusto que quem produz mais ganhe mais pois quem produz menos é punido duas vezes: quando não teve oportunidade de estudar e quando ganha menos.

