

Verticalização: Solução ou Engano?

Uma visão crítica sobre os modelos de assistência
gerenciados e verticalizados

São Paulo
Junho de 2006

Contexto Internacional

Modelo Público Britânico

- O NHS (National Health Service) foi criado formalmente em julho de 1948
- Está entre os mais compreensivos sistemas públicos
- É composto por serviços Médico-hospitalares, odontológicos, farmacêuticos e sociais
- Sofreu sucessivas transformações e alterações, desde 1950
- O ponto de apoio principal está no modelo de acesso e referenciamento de demanda
- Os cuidados primários são providos por GPs (General Practitioners – PCP) - 32.000
- O acesso a outros níveis de atenção dependem do encaminhamento do GP
- Todos os serviços básicos são providos por esses GP's
- As maiores queixas dos pacientes é o tempo entre o agendamento e a realização dos eventos para os quais foram referenciados, a ausência de liberdade do médico na escolha da referência e a fila de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos

Contexto Internacional

Modelo Público Britânico

As principais reformas a partir de 1998:

Março / 1998

- Abertura de "Walk in Center" – "Fast no appointment" – 63 unidades em toda Inglaterra

Abril / 2001

- Criação dos PCP Trust – Centros de administração local e acompanhamento da performance e qualidade – 300 unidades cobrem toda a Inglaterra

Outubro / 2003

- Novos contratos com os GPs que podem passar a ter equipes multidisciplinares

Abril / 2004

- Introdução de aspectos qualitativos nos contratos dos GPs

Contexto Internacional

Modelo Público Britânico

As principais reformas a partir de 1998:

Agosto / 2004

- Programa denominado “choice at six months” - limite de 6 meses para acessar tratamento hospitalar
- Ao final de 2005 os médicos poderão referenciar o paciente a pelo menos 4 diferentes hospitais com possibilidade de agendamento de acordo com a conveniência do paciente

Dezembro / 2005

- Será promovida modificação no plano de carreira dos funcionários do NHS
- “Choose and Book” – Lista de 4 opções de especialistas no referenciamento dos GPs, com informações na Internet

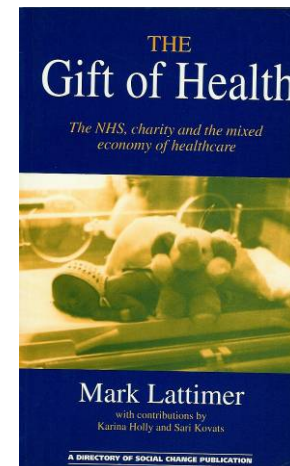
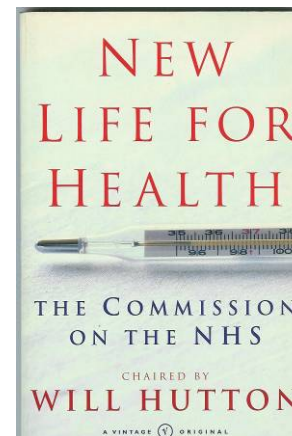
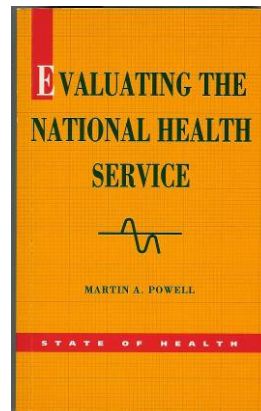
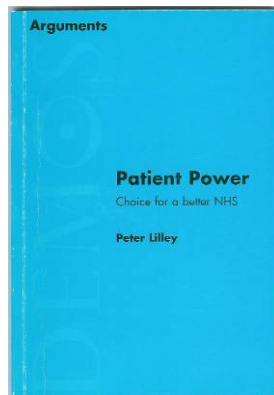
Desafios do Sistema

- Waiting times / local e conveniência dos hospitais / percepção dos pacientes sobre o sistema / qualidade dos serviços / melhora grau de liberdade de escolha

Contexto Internacional

Modelo Público Britânico

- Grande quantidade de textos que criticam o NHS
- Problemas relacionados a ausência de liberdade de escolha e qualidade

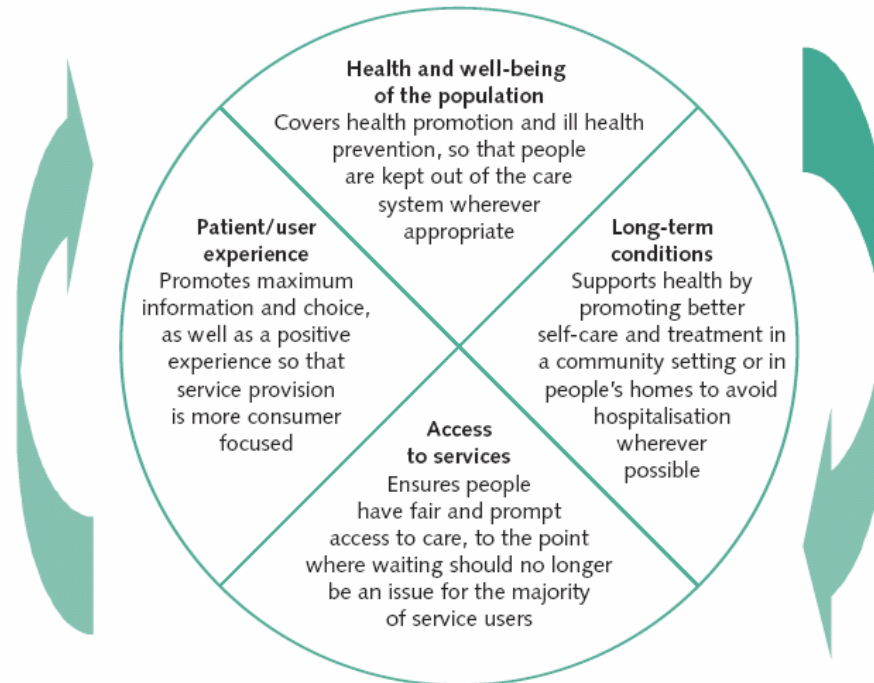


Contexto Internacional

Modelo Público Britânico

Há um conjunto de ações a serem implementadas até 2008 – NHS Plan:

The National Priority Areas



As principais metas de mudanças estão associadas à maior liberdade de escolha
redução do tempo de espera para acesso aos serviços – requerimento da população

Fonte: Department of Health

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

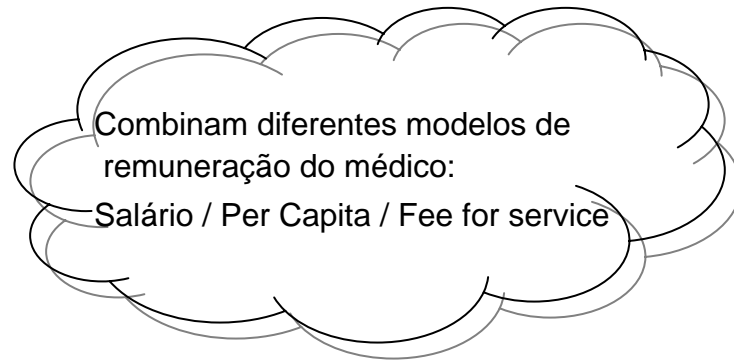
- Seguro Saúde Tradicional – Indemnity Plan – Reembolso
- Blue Cross (Associação de Hospitais)
- Blue Shield (Associação de Médicos)
 - Muitas das Blues associaram-se
- Managed Care Organizations – pouco expressivas até os anos 70, tornaram-se modelo dominante – HMO act – 1973 –, responsável pela cobertura da maioria da população, muitos dos seus conceitos e práticas foram adotados por outros sistemas

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care Organizations – Os seis principais modelos:

1. Health Maintenance Organization – HMO
 1. Staff model
 2. Group model
 3. Independent practice association
 4. Direct contract HMO
 5. Point of service plan
2. Preferred provider organization
3. Integrated Delivery System
4. Exclusive provider organization
5. Physician-hospital organization
6. Utilization review organization



Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care Organizations – Dois modelos importantes:

➤ **PPO**

Modelo mais flexível, mais próximo do seguro tradicional, oferece maior liberdade de escolha, são mais caros. O modelo prevê o uso dos serviços de rede preferencial com co-pagamento e franquias. Em caso de uso de serviços fora da rede preferencial os valores de co-pagamento e franquias são maiores, mas os serviços continuam cobertos. Não usavam a figura do gate keeper, alguns o introduziram recentemente com um papel mais de *case manager* e direcionador do uso da rede.

➤ **POS (Point of Service ou Open-ended Plans)**

Modalidade de plano, as vezes descrito como operadora, mais comum em grandes operadoras, requer sofisticados sistemas de controle (TI). Modelo igualmente mais flexível, mas que prevê a figura do PCP, se este referenciar o paciente para fora da rede há cobertura tradicional, no entanto se a procura for espontânea a cobertura oferecida é mais restrita.

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care Organizations –

Sistema que visa garantir o custo efetividade na cobertura de programas e planos de saúde, cujos pontos chaves são:

1. Forte dependência no uso do *Primary Care Physicians* ou *Case Managers*
2. Autorização Prévia, auditoria médica, planejamento de altas
3. Uso de *Guidelines* para a cobertura de serviços de alto custo e doenças crônicas
4. Ênfase no atendimento ambulatorial e *day hospital* ao invés da hospitalização
5. Foco em ações de educação em saúde e prevenção
6. Contratos seletivos com provedores de serviços para obtenção de altas taxas de desconto
7. Uso de lista de medicamentos a serem cobertos ou uso de autorização prévia

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care

Sofreu grande mudanças desde sua expansão

1993 a 1996

Determinantes da explosão do *Managed Care* no seu modelo mais restritivo de acesso e financiamento:

- Crescente escalada de custos médicos
- Queda dos resultados operacionais das seguradoras / operadoras e do valor de seus papéis na bolsa;
- Experiências bem sucedidas na Califórnia (Kaiser Permanent);
- Gastos públicos no Reino Unido (6 % do PIB) e indicadores de saúde melhores do que os dos E.U.A.;

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care

1996 a 1997

- O Managed Care determinou mudanças no risco, na inflação médica e nas relações entre os participantes da “indústria da saúde”
- Os sistemas financiados pelo Governo adotaram os mesmos modelos;
- “Fúria” restritiva para redução de custos do conjunto das operadoras ou planos de elevado custo deixaram o consumidor sem opção
- Nesse clima, se inicia a oposição ao modelo e a deterioração do MC, em especial do “Gate Keeper” - e da imposição de risco aos prestadores

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care

1997 a 2000

- Planos baseados em POS e a combinação de modelos, incluídos até no “indemnity plan”, passam a ser os produtos em crescimento e de melhor aceitação (“status” e satisfação);
- Planos baseados em PCP e acesso restritivo aos serviços e a especialistas passam a ser abertos aos poucos;
- As empresas Americanas, técnicos e prestadores de serviços saem “Mundo afora” tentando implantar o modelo Managed Care;
- A AMA já havia semeado a resistência e encontrou fértil apoio dos Hospitais;
- Resultado: Revolução em custos, atitude e moderação.

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Reação da Imprensa e dos Médicos



Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Novos modelos de contratos com os médicos e maior flexibilidade de acesso

Primary Care Doctors and the Quality Care Compensation System

The primary care doctors who care for you and your family as Aetna U.S. Healthcare® HMO or QPOS members are Family Practitioners, General Practitioners, Internists, and Pediatricians. They care for you and also manage your care when they send or "refer" you to a specialist.

When a doctor asks to join our network, we do a review of the physician's licenses, education, and work history. Before the doctor may begin caring for Aetna U.S. Healthcare members, information about the doctor and the office is reviewed by a committee of doctors who also care for Aetna U.S. Healthcare members. Doctors who are in our network do not work for Aetna U.S. Healthcare. They provide care in their own private offices.

Participating providers in our network have agreed to be compensated in various ways. For example, many participating primary care physicians are compensated in accordance with our Quality Care Compensation System* described below. Also, specialists, hospitals, some primary care physicians, and other providers in the Aetna U.S. Healthcare network, are paid in the following ways:

- Per individual service (fee-for-service at contracted rates),
- Per hospital day,
- Under other capitation methods (a certain amount per member, per month), and
- By Integrated Delivery Systems, independent practice associations (IPAs), Physician Hospital Organizations, [mental health companies](#) and similar provider organizations that are compensated by us on a capitated or other basis.

Dr. Elizabeth Gallup
Family Practice
Kansas City, Missouri

"Old managed care was focused on cost. New managed care is taking an active role in managing the patient's health."

"The managed care of five years ago was mostly about controlling runaway medical costs. Too often the physician was seen as the bad guy. That approach didn't work.

"Today what I see are more managed care companies actually 'managing' the care of the patient by educating physicians, establishing practice guidelines, getting nurses involved, getting dietitians involved and building more of a team approach.

"One of the reasons I've changed from a skeptic to a believer in managed care is its emphasis on wellness. More emphasis is on preventing disease. More emphasis is on early detection, which leads to more positive outcomes. More emphasis is on making sure that patients don't keep getting sick after treatment. There's more of a holistic focus coming from a broader spectrum of care.

"I'm an eternal optimist and I'm very optimistic about the future of managed care. I think the early days were difficult. Mistakes were made. But I do think managed care companies are learning from their mistakes and trying to create partnerships with physicians.

"Should people feel less secure with managed care? Absolutely not. If anything patients should feel more secure because doctors and

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Novos acordos com os médicos, pagamento de pesadas indenizações



[Return to Home](#)

Return to:

[Press Releases Menu](#)

[For Members & Consumers](#)

[For Employers](#)

[For Providers](#)

[For Producers](#)



[News & Views](#)

[In Your State](#)

[Your Health](#)

[About Us](#)

[Your Health](#)

Aetna Implementing More Flexible Physician Contracting Strategy

[Aetna Implementing More Flexible Physician Contracting Strategy Nationally](#)

[Questions and Answers About Aetna's Flexible Strategy](#)

[Aetna Gives Doctors More Flexibility in New Jersey](#)

[Aetna Implements Changes to Improve Relationships with Physicians and Simplify Access to Care for Patients in Florida](#)

[Return to Top](#)

© 2000 Aetna U.S. Healthcare Inc.

[Legal Disclaimer](#) [Privacy Statement](#) [Contact Us](#) [FAQs](#) [IntelliHealth](#)

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Managed Health Care

2004 a 2005

- Críticas ao modelo levavam em consideração que a escolha dos médicos na HMO é muito restritiva
- Novos modelos que consideram que um dos problemas do custo é o comportamento “consumerista” dos beneficiários deram início aos High Deductible Health Plan (HDHP)
- Em 2004 surgiram os Health Savings Accounts (HSA) que normalmente são disponíveis conjuntamente com os HDHP
- O governo tem estimulado HSA e regulamentou dedução no imposto do cidadão que participar desse tipo de plano, limitado a US\$ 2.650 / pessoa ou US\$ 5.250 por família
- O que define a classificação do plano e a liberdade de escolha
- Grau de controle de custos também é dado pela forma de remuneração à rede

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

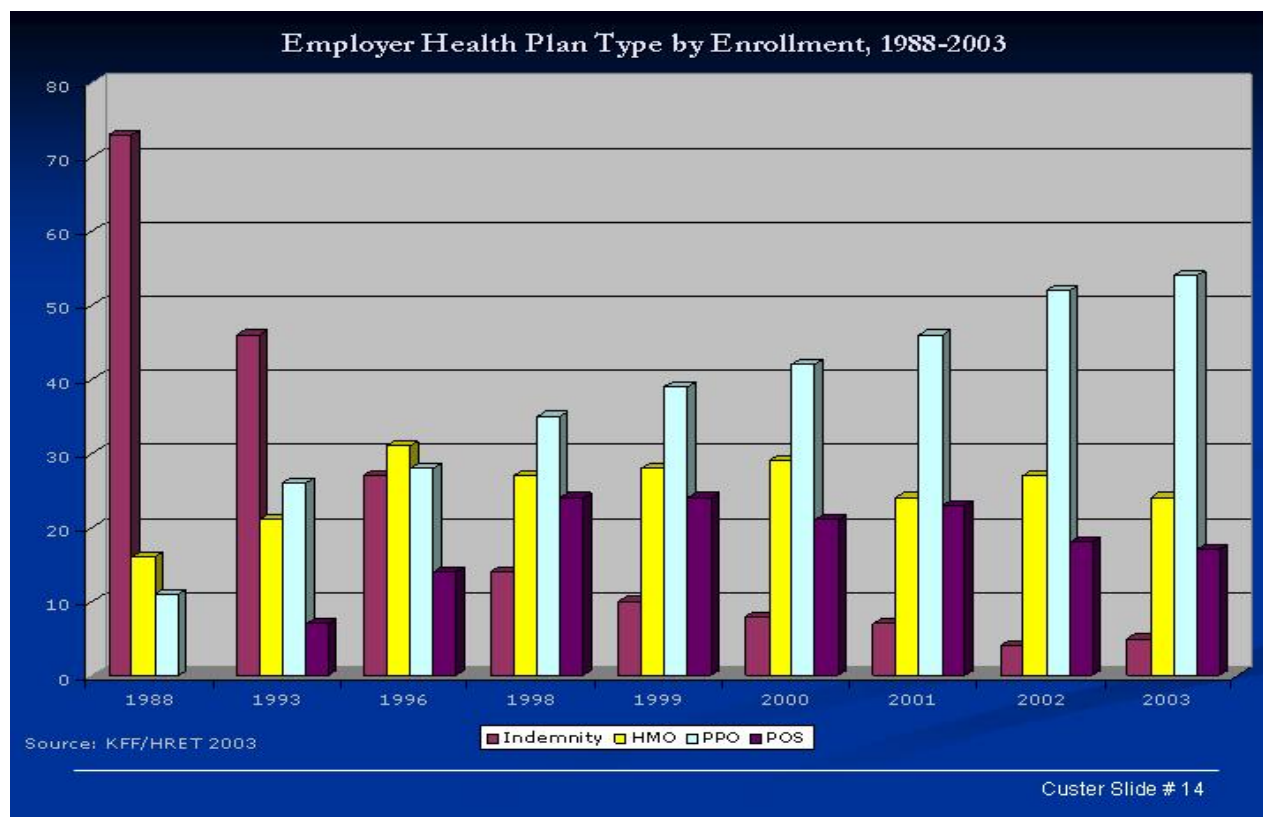
Características no Managed Health Care

Tipo	Seguro Saúde (Indemnity)	PPO	POS	HMO
Escolha	Flexível	Semi Flexível		Rígida
Rede Dirigida	Não	Sim	Sim	Sim
Acesso	Qualquer prestador	Prestador Preferencial, fora da rede, maior participação	Prestador Preferencial, fora da rede com referenciamento	Utilização restrita aos prestadores da rede
Gate Keeper	Não	Não	Sim	Sim
Remuneração Médico	Fee for service	Fee for service Salário Capitação Mix de modelos	Fee for service Salário Capitação Mix de modelos	Fee for service Salário Capitação Mix de modelos

Contexto Internacional

Modelos Privados dos Estados Unidos

Evolução de beneficiários nos modelos mais comuns disponíveis



Contexto Brasil

Modelos Verticalizados

Desafios

- Número de beneficiários
- Qualidade da assistência
- Cobertura Geográfica abrangente
- Abrangência das diferentes especialidades médicas e tipos de procedimentos
- Infra-estrutura de suporte aos profissionais com formação técnica diferenciada e resolutiva
- Remuneração que assegure qualidade e disponibilidade das equipes médicas
- Perda da autonomia decisória do médico
- Nível de satisfação dos beneficiários pela ausência de escolhas

Contexto Brasil

Modelos Verticalizados

Pontos críticos

- Perda de acesso a tecnologia disponível de diagnóstico e terapias
- Contenção do custo com sacrifício da qualidade técnica dos serviços
- Ênfase no conforto e qualidade aparente
- Controle do acesso através das grandes filas de agendamento de procedimentos cirúrgicos
- Nível de autonomia do médico assistente
- Incentivos e compensações financeiras as custas da limitação de acesso

Obrigado!

Manoel Peres
Diretor Técnico
Hospital Sírio Libanês