

# Ficciones del financiamiento en salud: p4p

La experiencia brasileña

# Modelos de remuneración de la asistencia médica



F U N D A Ç Ã O  
GETULIO VARGAS



Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo

## El modelo tradicional: **Fee-for-Service**

- Pago por producción
- Estímulo al uso de procedimientos
- Uso excesivo (¿innecesario?) de recursos
- Aumento de gastos
- Aumento de costes
- ¿Aumento de precios?

# Modelos de remuneración de la asistencia médica

## Un intento de racionalización: **Capitation**

- Redujo del 7% al 13,1% los promedios de permanencia
- Redujo en 16,3% la tasa de internación hospitalaria de la población, en los EE.UU.
- Estudios con datos epidemiológicos mostraron aumentos de morbilidad
- Estudios de satisfacción muestran mayor **insatisfacción** de pacientes que tenían seguros de salud con el sistema de *capitation*.
- ¿Racionalización o racionamiento?

# P4P: ¿Un nuevo modelo?



F U N D A Ç Ã O  
GETULIO VARGAS



Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo

- En 2002, un consorcio sin fines lucrativos, formado por representantes de empresas de seguros de salud norteamericanas, *Integrated Health Association (IHA)*, lanzó un proyecto basado en un sistema de remuneración con bonificación por alcance de metas para la red aseguradora.
- P4P surgió como alternativa al *Managed Care*, pretendiendo ser un instrumento efectivo para mejorar la calidad de la asistencia, reduciendo costes y errores médicos, e intensificando el uso de protocolos médicos.
- El sistema P4P se basa en pagar bonos por cumplir metas establecidas a partir de criterios estandarizados del HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*) del NCQA (*National Committee on Quality Assurance*).

# P4P: ¿Un nuevo modelo?



F U N D A Ç Ã O  
GETULIO VARGAS



Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo

- La participación en el NCQA, HEDIS y el P4P es voluntaria (aunque creciente) para las aseguradoras
- En 2003 el total de bonificación fue de 37 millones de dólares.
- En 2004 se distribuyeron cerca de 54 millones de dólares.
- 2005: el sistema P4P atiende a 7 millones de beneficiarios, 215 aseguradoras con 45 mil médicos, en su mayoría con sede en California y Texas, donde inicialmente se propuso el modelo.

# P4P – ¿Cómo se mide?

## 1) Indicadores de produção:

exámenes/consulta, internaciones/consulta, exámenes/paciente etc. Pueden llevar a: mala asistencia, penalizar a un buen médico (por tener más pacientes complicados), postergación de la asistencia y transferencia de pacientes.

## 2) Indicadores clínico-epidemiológicos: tipo HEDIS, PQSS (ANS), tasa de papanicolau/ mujeres aseguradas, mamografía/población susceptible, internaciones por diabetes/cartera etc. El bono distribuido se debe ver como una inversión.

En un primer momento, manteniendo la red acreditada, puede haber aumento de gastos,.

# P4P en Brasil

- Indicadores de producción: instalado en diversas aseguradoras con sistema prepago
- P4P indicadores clínico-epidemiológicos comenzando – Ej.: *Medial Saúde* utiliza p4p con ginecólogos (tasas de Cesárea, prenatal, mamografía etc.).
- Estímulo de la ANS: evaluación de las aseguradoras (¡programa de 2006!)

# P4P en Brasil

- Dificultades: se necesitan datos clínicos, información abundante, sistemas de información adecuados – pocas aseguradoras lo tienen.
- Médicos y aseguradoras preparados para atender eficazmente, cuidar la salud, con buena formación y dispuestos a someterse al sistema de remuneración por desempeño – no tenemos una red preparada para eso.
- Todavía estamos en la filosofía del Fee-for-Service, o sea, cuanto más haga, más gana y más gasta.



# Pero en el sector público

- En el estado de São Paulo se está probando, hace casi 10 años, un modelo: el contrato de gestión
- Se está creando una cultura de establecimiento de contratos: se definen las metas de producción y el presupuesto.
- Existe la posibilidad de pago extra... por metas de “calidad”. En general, de carácter clínico epidemiológico

# Pero en el sector público

- El gobierno federal está comenzando a adoptar (2005) el modelo para hospitales universitarios, de pequeño porte y filantrópicos (en crisis)
- En este caso, se estimulan las metas de producción, “de calidad” y de modelo de gestión.
- Dificultad adicional: los servicios no le pertenece, hay falta de continuidad en la gestión, hay poca adhesión hasta ahora y falta transparencia en los criterios de selección de quién es elegible para ser contratado

# ¿De dónde vienen los recursos?

- El dinero es limitado
- La definición de prioridades es discutible
- La distribución de recursos no es evidente
- ¿Quién está interesado en la calidad?
- Los costes crecen y van a seguir creciendo
- Las demandas crecen y van a seguir creciendo

# Y la Constitución dice:

- Que la salud es un derecho de todos
- Que es deber del Estado
- Que el acceso a ella es universal
- Que el cuidado es integral
- Que se debe aumentar el volumen de recursos para la salud
- ¿Cómo conseguirlo?