



Revolucionando o sistema de saúde: por meio da qualidade e eficiência

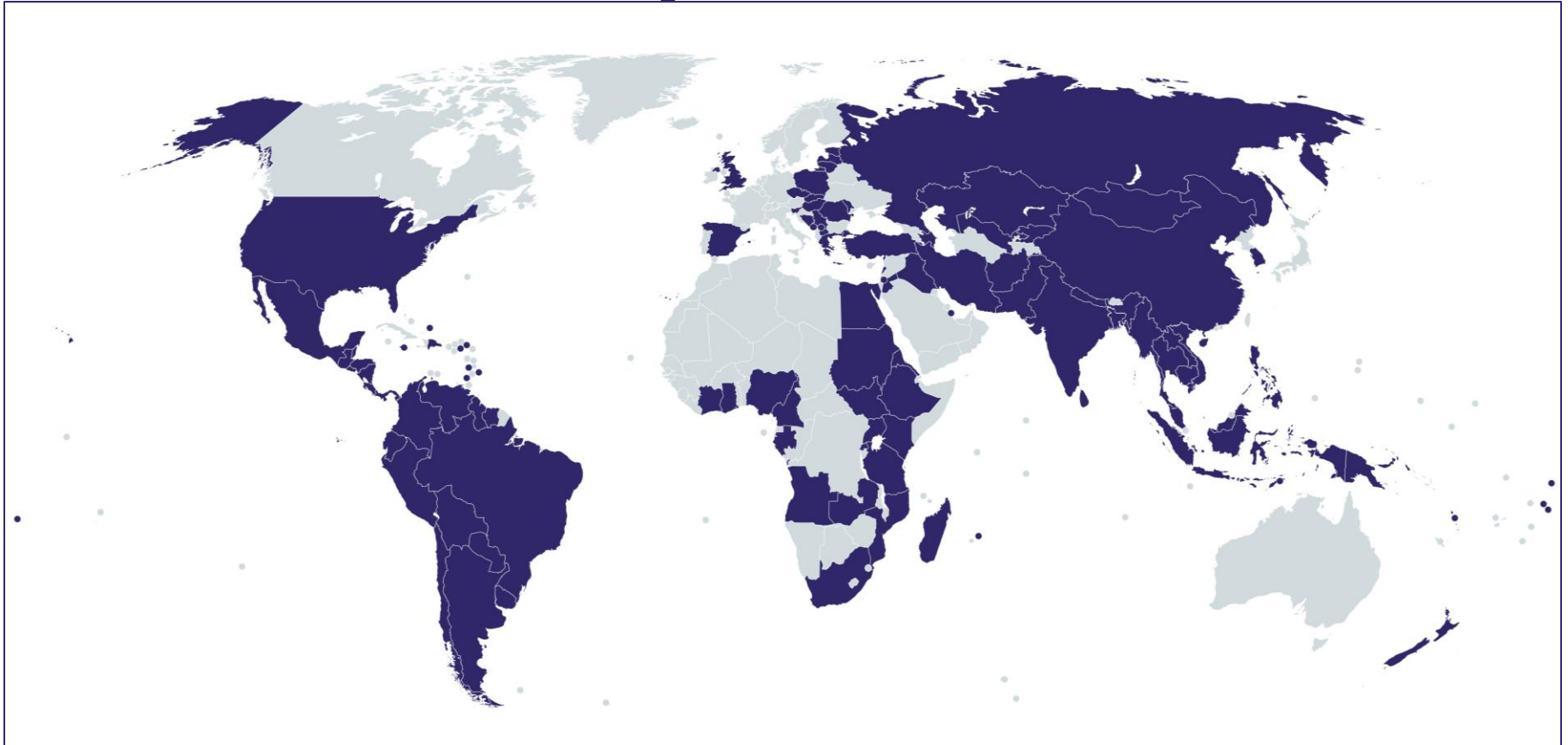
Maureen Lewis, CEO
Seminário de IESS
7 de dezembro de 2017

Introdução

Aceso Global presta assessoria estratégica em saúde em mercados emergentes para desenvolver e entregar soluções baseadas em evidência altamente customizadas que tratam devidamente a complexidade do cuidado à saúde



Aceso Global é global em experiência



Estrutura da Apresentação

- I. O desafio global emergente em saúde
- II. Desafios na assistência à saúde privada brasileira
- III. Mudando o sistema de prestação do cuidado à saúde
- IV. O poder da forma de pagamento: como alcançar cuidado integrado e qualidade do cuidado
 1. Alternativa ao FFS: Hospitais pagos por qualidade e valor
 2. Alternativa ao FFS: Experimentando com “bundled payments”
 3. Alternativa ao FFS: “Accountable Care Organizations”
- V. Conclusões e implicações para os planos de saúde
- VI. Perguntas/discussão

O desafio global emergente em saúde

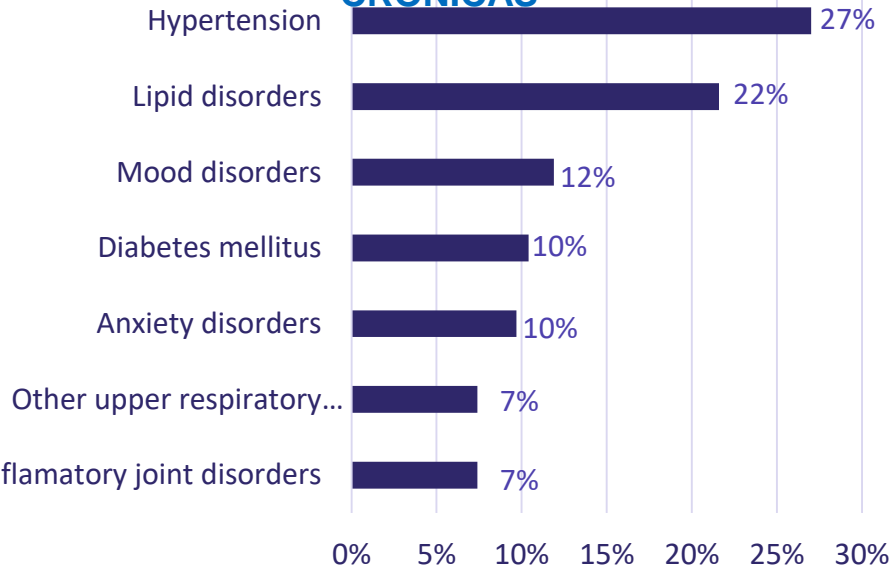


**O desafio global emergente em saúde:
*Mudanças nos padrões das doenças e os avanços
tecnológicos ameaçam a sustentabilidade dos
sistemas de saúde globalmente***

Desafio global emergente em saúde

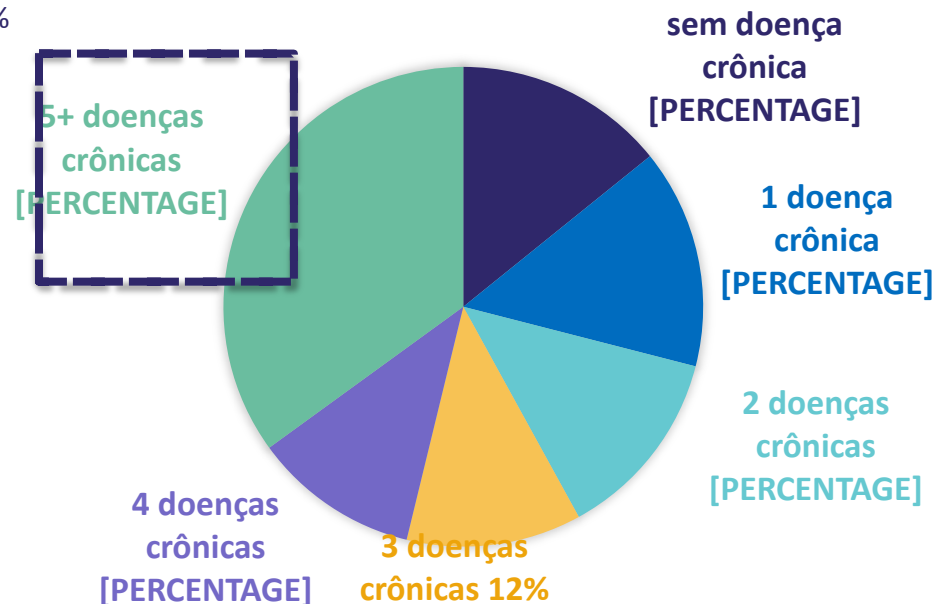
- Em países da OCDE: envelhecimento e avanço tecnológico são os maiores vetores de custo;
- Aumento global das co-morbidades
 - Quase 25% da população dos EUA tem 2 ou mais doenças crônicas – esse percentual é de 65% para a população a partir de 65 anos.

PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS

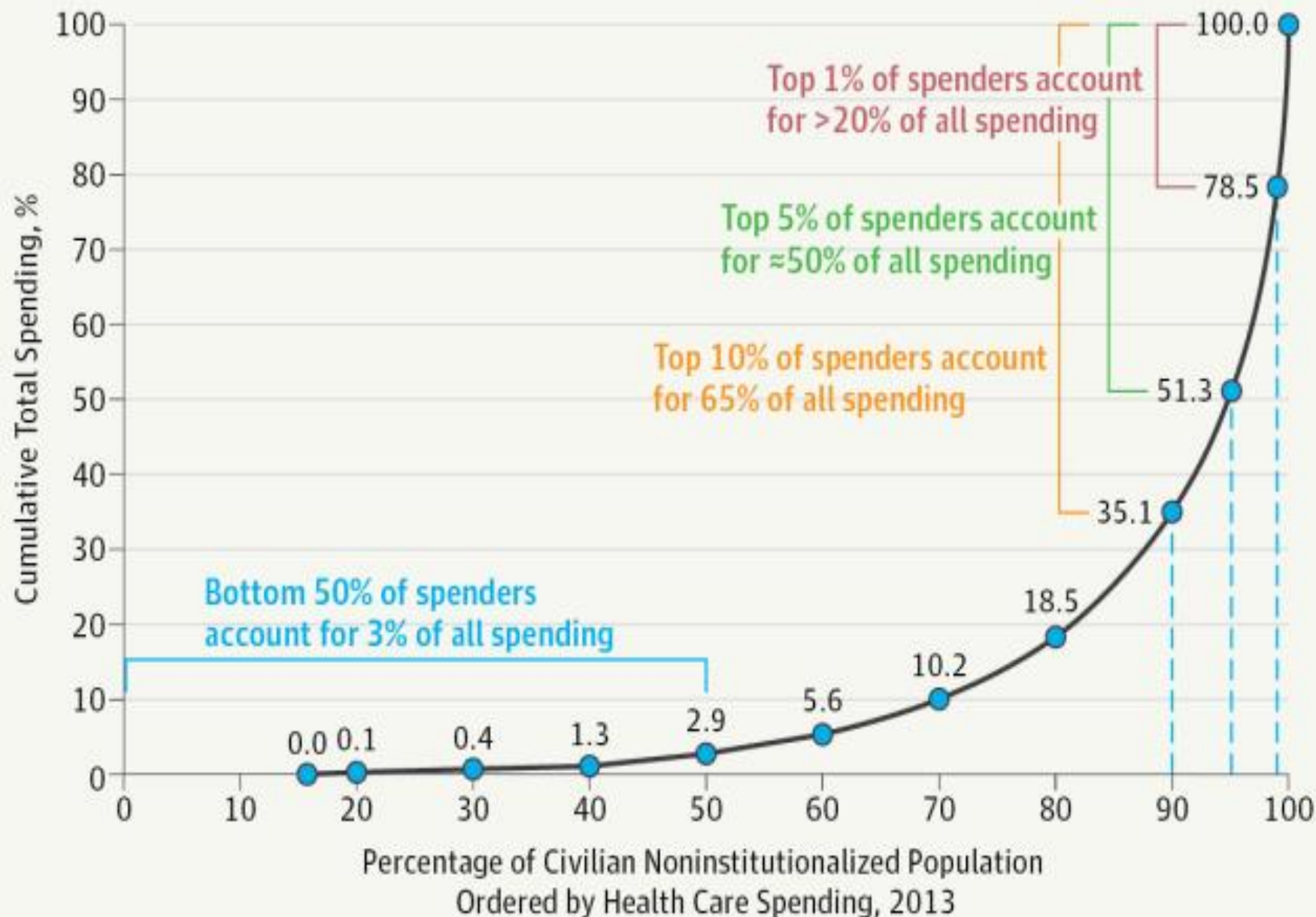


Prevalências de doenças crônicas nos EUA e gasto com saúde por tipo de multimorbidade

GASTO TOTAL COM SAÚDE POR NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS



Concentration of Health Spending Among Highest Spenders



Source: National Institute for Health Care Management Foundation analysis of data from the 2013 Medical Expenditure Panel Survey

Utilização e custos do cuidado a pacientes idosos na Suíça com ou sem multimorbidades (MMB)

Utilização Média	Sem MMB	Com MMB
Consultas de APS	4,4	15,7
Especialistas	1,8	5,1
Consultas hospitalares	0,7	3,2
Hospitalizações	1,2	1,5
Tempo de permanência (dias)	7,9	14,3

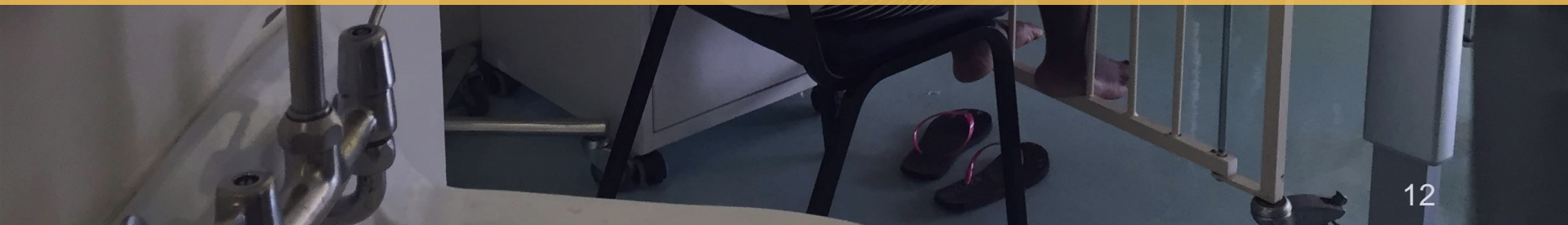
Custos (francos suíços)	Without MMB	With MMB
Custos totais	\$1515	\$ 8.301
Custos de internação	\$ 238	2.038
Custos ambulatoriais	\$ 983	4.152
Casos agudos ambulatoriais	\$ 213	1.852
Consultas médicos especialistas	\$ 322	1,010

Source: Medici based on Bähler et al, 2015, Operadora Helsana Group

Desafios na assistência à saúde privada brasileira



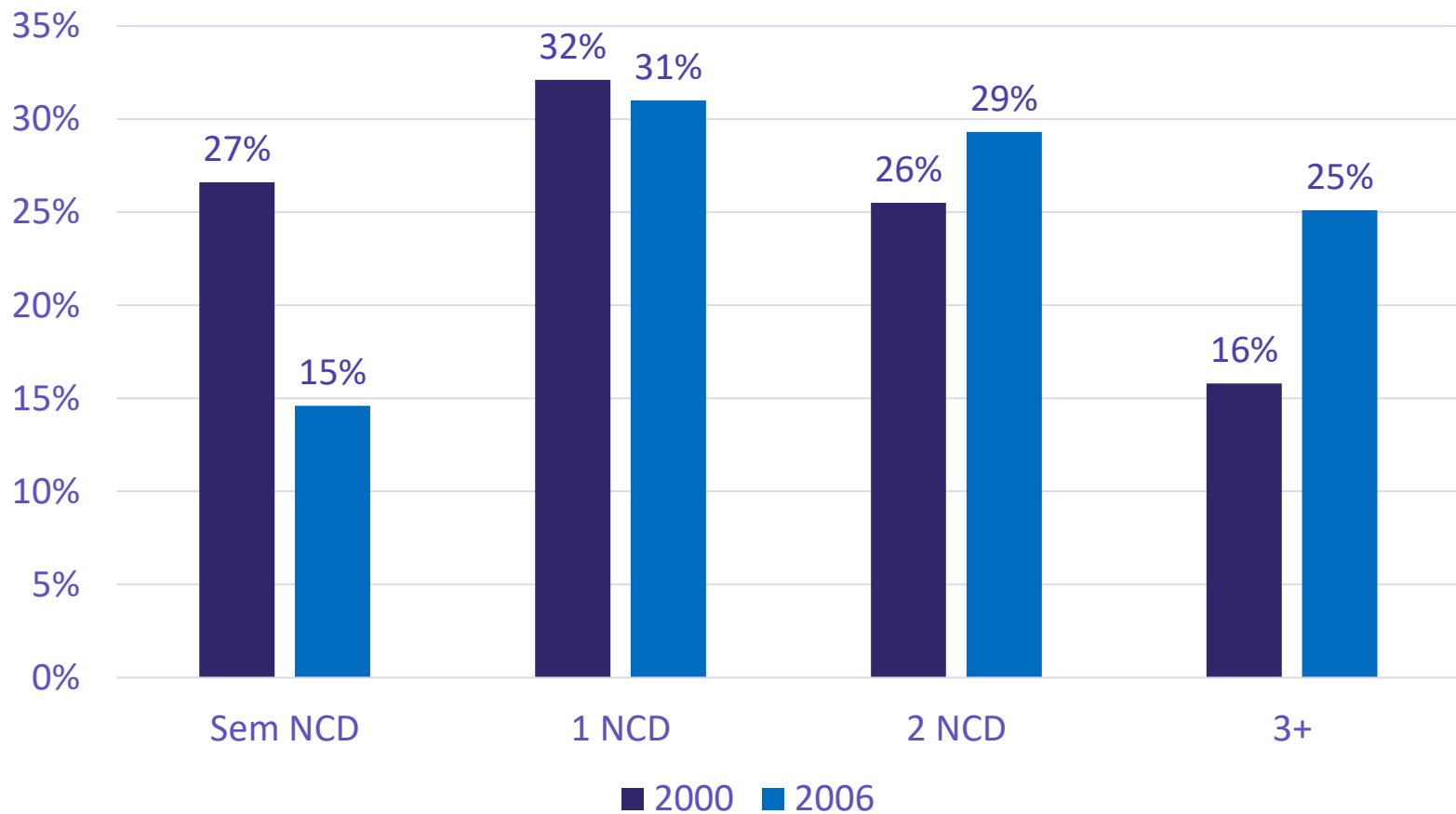
Desafios na assistência à saúde brasileira seguem o padrão internacional – e requerem uma mudança na resposta



Desafios na saúde brasileira implicam novas necessidades

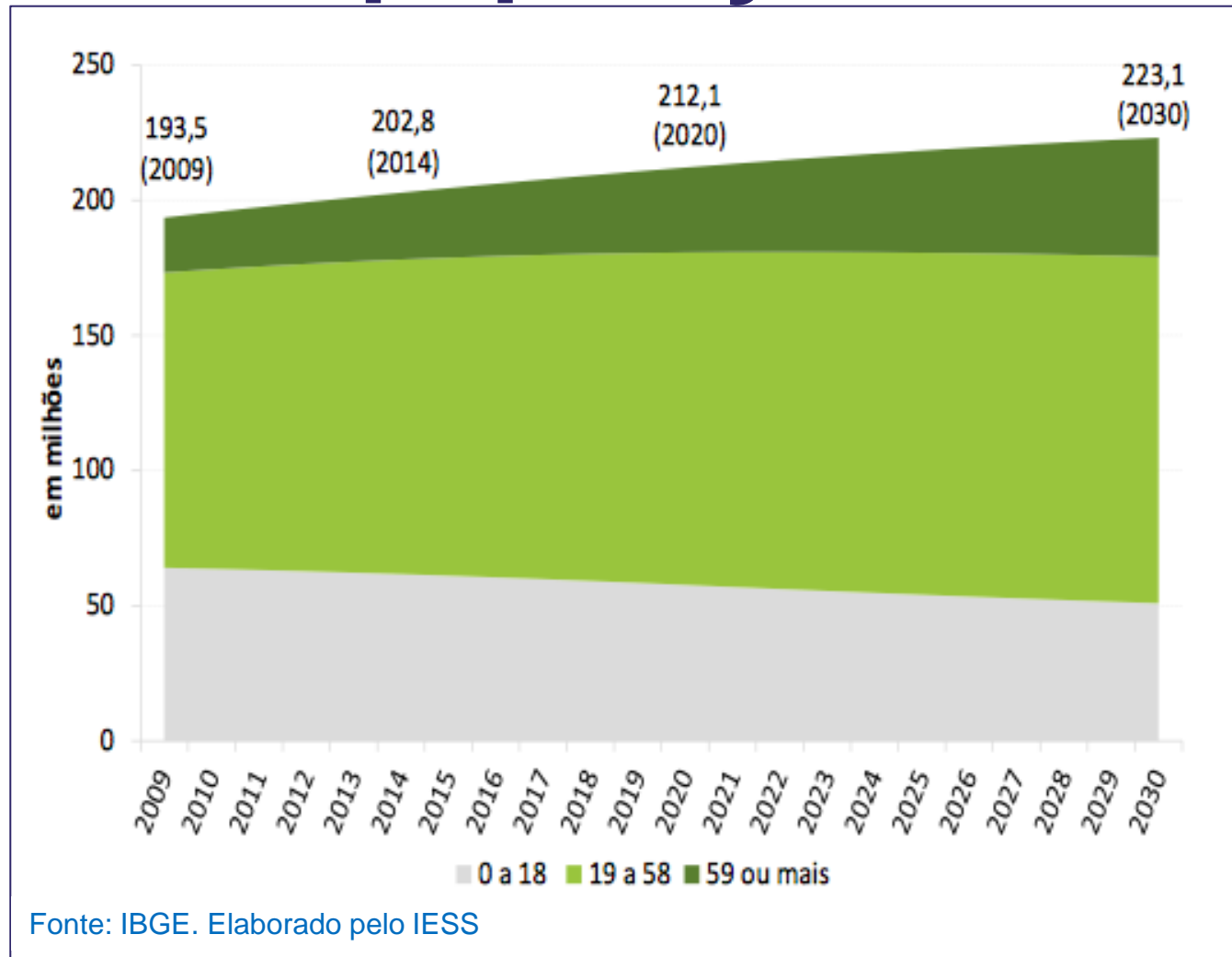
- Mudança no padrão das doenças – aumento das doenças crônicas
- Envelhecimento rápido da população
- Hospitais com desperdício, aumentado custos e reduzindo a qualidade do cuidado
- Emergência de hospitais utilizada como cuidado ambulatorial
- Qualidade não está na agenda

Distribuição e tendências das multimorbidades das pessoas >75 anos no Município de São Paulo 2000-2006

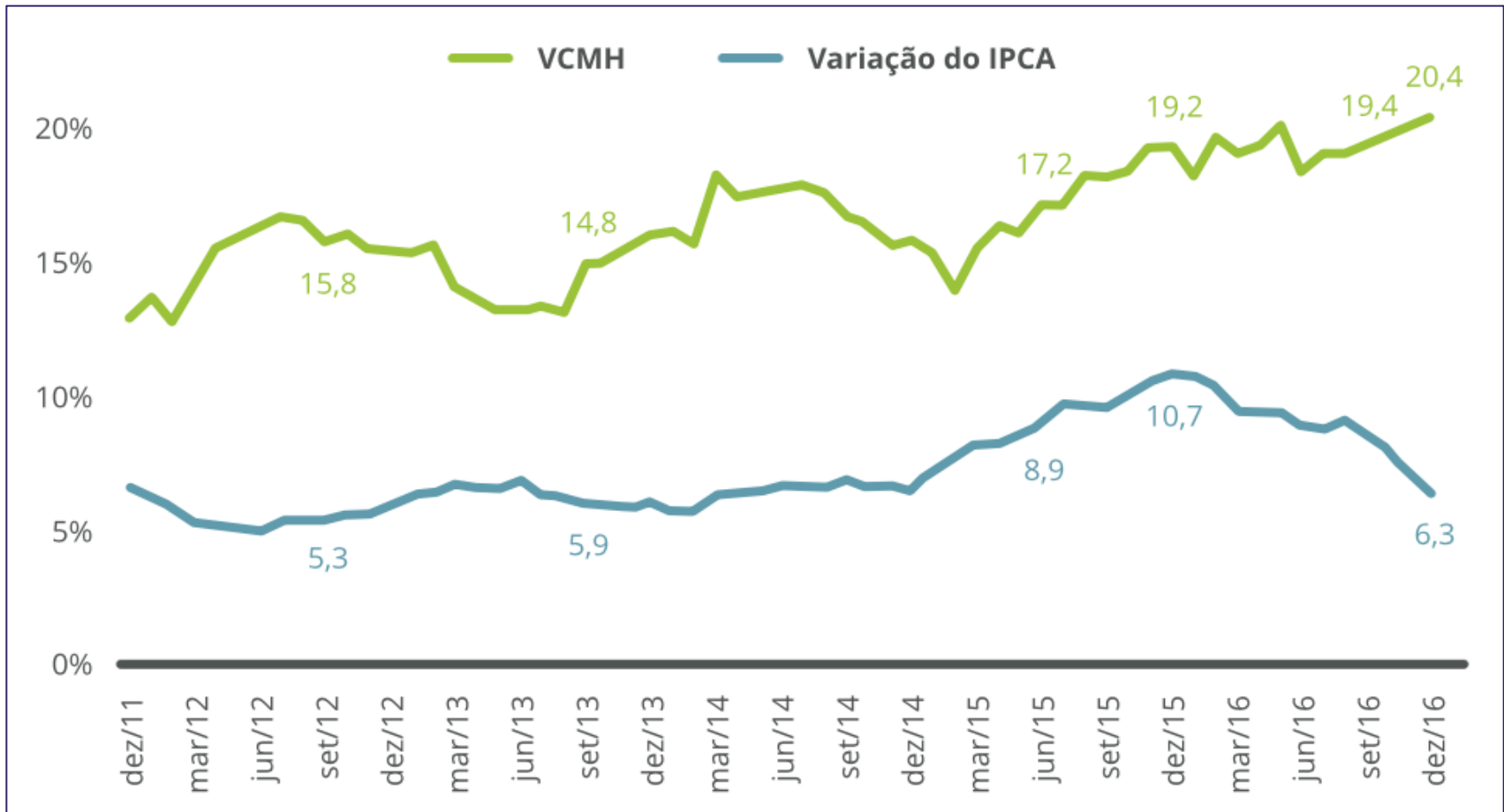


Source: Louvinson, 2011 from Medici, 2016

Envelhecimento rápido da população



Espiral de custo em saúde

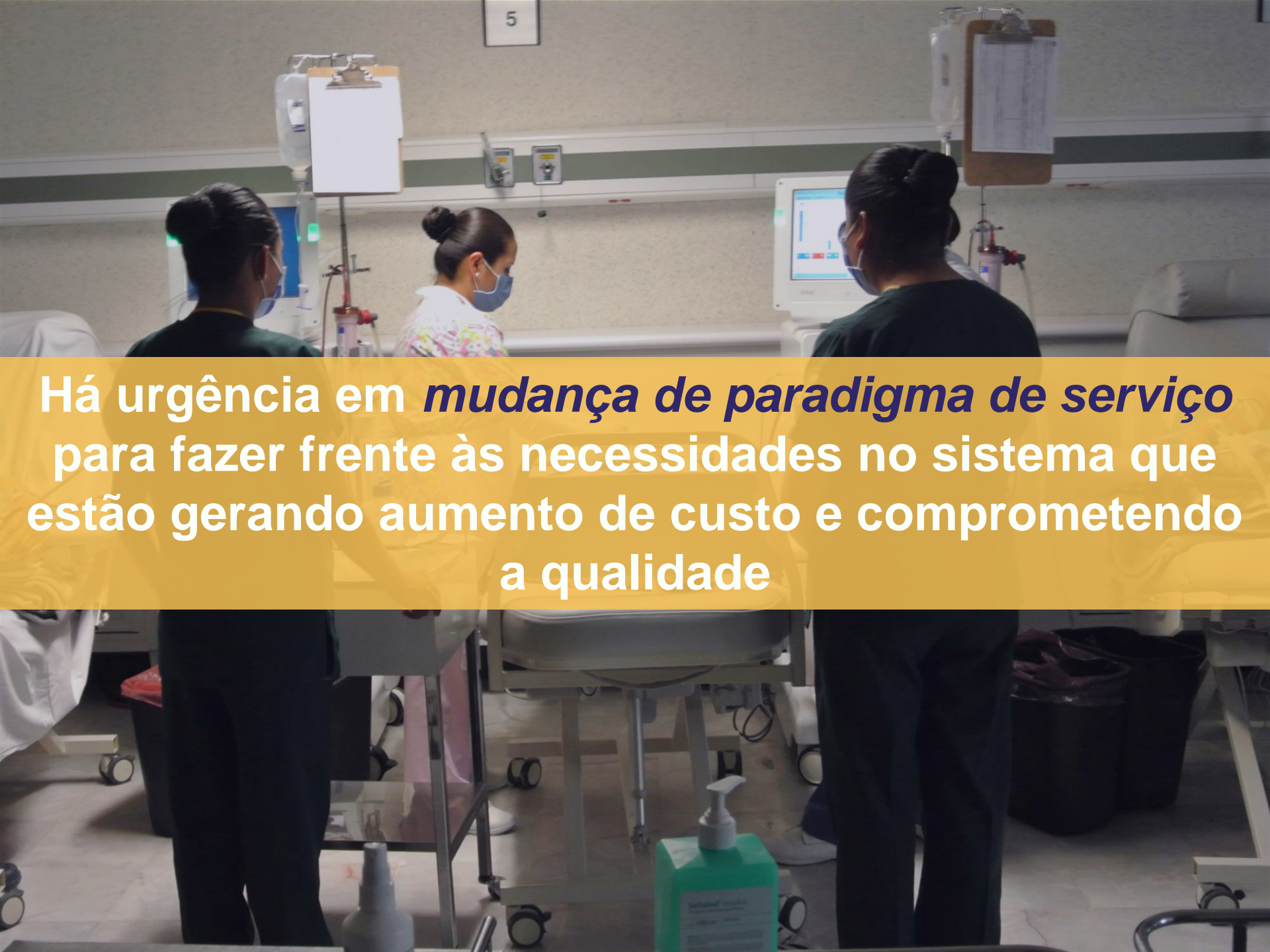


Fonte: IESS, VCMH/IESS, 2017

Qualidade de assistência à saúde não mensurada e desconhecida

- Sem referenciais para a qualidade
- Sem convenção de padrões para se mensurar a qualidade
- Acreditação heterogênea
- Uso inadequado dos dados existentes para capturar medidas básicas de qualidade:
 - Re-internações
 - Taxas de infecção

Mudando o sistema de prestação do cuidado à saúde



Há urgência em ***mudança de paradigma de serviço*** para fazer frente às necessidades no sistema que estão gerando aumento de custo e comprometendo a qualidade

A revolução emergente nos sistemas de assistência à saúde

Cuidado integrado é a melhor solução para a assistência à saúde do século 21

Ênfase em **bem estar & gestão de doenças** pode mudar o jogo



Cuidado Integrado – o que é e por que é relevante?

O que é: “O gerenciamento e a prestação de serviços de saúde de forma que os clientes recebam um fluxo contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e a partir de diferentes níveis do sistema de saúde”.

Fonte: OPAS, 2009

Por quê: “A integração permite maior eficiência e efetividade, menos duplicação e desperdício, prestação mais flexível de serviços, e melhor coordenação e continuidade.”

Fonte: Brown and McCool 1992

Integração & continuidade do cuidado

O QUE

- Facilita transições através dos diversos componentes do sistema de saúde
- Gerencia multi-morbididades
- Apoia pacientes com doenças crônicas
- Assegura tratamento farmacológico correto

COMO

- Compartilha risco entre os pagadores e os prestadores
- Promove a qualidade no cuidado à saúde
- Premia o bem-estar dos pacientes

A experiência dos EUA é instrutiva

- Os EUA enfrentam os mesmos desafios em saúde que o Brasil
- Os sistemas de saúde dos EUA e do Brasil têm características similares
 - Apenas os EUA têm mais planos de saúde do que o Brasil
 - Apenas os EUA têm mais beneficiários do que o Brasil
 - Ambos sistemas têm financiamento aproximadamente 50% privado e 50% público
- Os EUA promoveram a integração em saúde com resultados promissores

Affordable Care Act (ACA) ou Obamacare pretendia:



Mudança inicialmente gerada pelo setor público, mas:
setor privado adotou inovações similares para gerar qualidade e melhores resultados

Em 2004 apenas metade dos pacientes dos EUA receberam o cuidado apropriado

Em estudo com adultos nos EUA que receberam serviços de saúde para 30 condições:

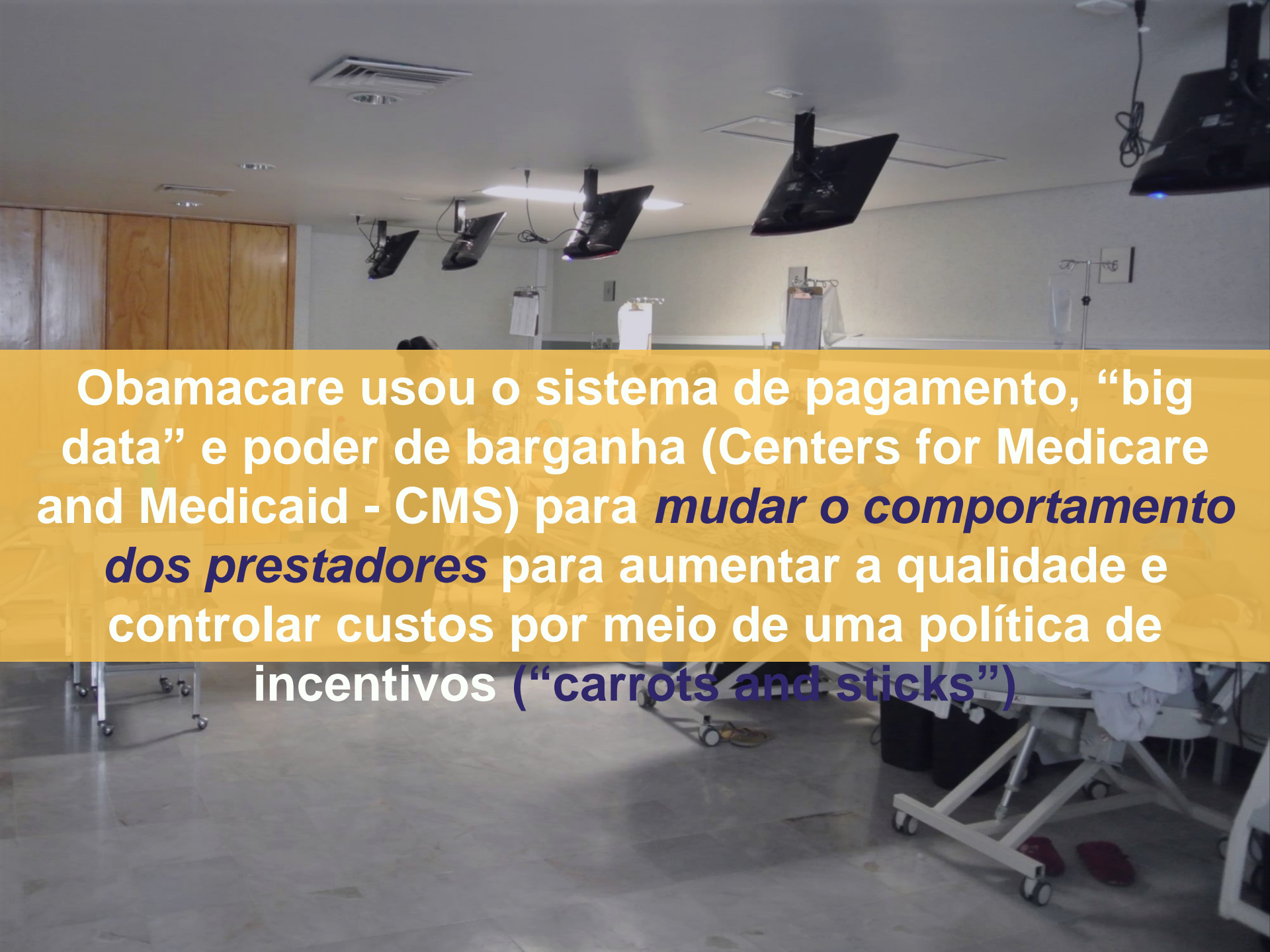
- Apenas 54,9% receberam o cuidado apropriado baseado em padrões de um painel de especialistas
 - Cuidado aquém do necessário 46.3%
 - Cuidado além do necessário 11.3%
- > A má qualidade do cuidado à saúde é um desafio enorme*

Source: McGlynn et al (2006) "Quality of Healthcare Delivered to Adults in the US", NEJM

Qualidade - e controle dos custos - prioridades para o Obamacare

- Má qualidade nos EUA em resultados e custos de saúde devido a:
 - Alta incidência de eventos adversos em hospitais
 - Eventos adversos são a segunda maior causa de mortalidade
 - Baixa aderência a protocolos
 - Alta morbidade e reinternações
- Ao mesmo tempo, despesa com saúde crescendo em percentual do PIB – sem melhores resultados

O poder da forma de pagamento: como alcançar cuidado integrado e qualidade do cuidado

A photograph of an operating room. The ceiling is white with several large, black, adjustable surgical lights hanging from it. The walls are light-colored. In the foreground, there is a white metal cart with wheels. The floor is light-colored and polished. The overall scene is brightly lit, typical of a surgical environment.

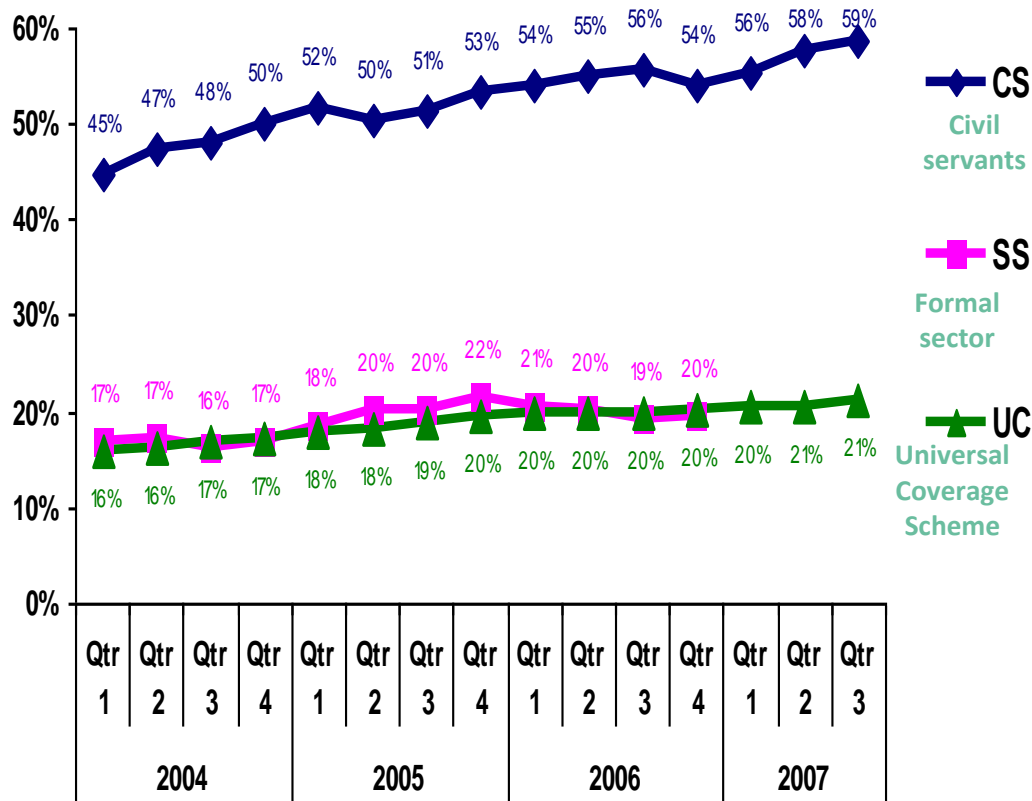
Obamacare usou o sistema de pagamento, “big data” e poder de barganha (Centers for Medicare and Medicaid - CMS) para ***mudar o comportamento dos prestadores*** para aumentar a qualidade e controlar custos por meio de uma política de incentivos (“carrots and sticks”)

Apenas os pagadores podem promover a mudança dos serviços de saúde em direção à qualidade e o valor

- Incentivos financeiros e outros incentivos a prestadores e beneficiários são fundamentais
- Apoiar aos provedores de serviços clínicos na melhora da coleção e análise de dados, e usando os resultados para aumentar a qualidade e eficiência dos serviços clínicos

Exemplo: Tailândia – diferentes modelos de pagamento afetam a incidência de cesarianas

Cesarean section



- Formas como os prestadores eram pagos resultaram em variação significativa em serviços prestados às mães no parto...normal ou cesariana
- As 3 linhas mostram modelos de pagamento para 3 seguradoras de saúde. A linha de cima mostra médicos pagos por fee-for-service (FFS) enquanto nas duas linhas de baixo por capitation

Fonte: Limwattananon, J., S. Limwattanon, et al. (2009). Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. CDP Health report.

Modelos de pagamento nos EUA fugindo do “fee for service” (FFS)

- “Pay for quality” = pagamento para qualidade
- “Pay for value” = pagamento para valor
- Promovendo novos modelos de cuidado
- Uso de *big data* para acompanhar performance, determinar adequação do cuidado e definir as recompensas

Plano de saúde do governo (CMS) reviu os acordos de pagamentos sob o Obamacare

Modelos de Pagamento Alternativos

- *Accountable Care Organizations*
- *Bundled Payments* para incluir médicos e cuidados pós internação
- Cuidado primário completo por meio de modelos de cuidado integrado

Pagamento para Valor e para Qualidade

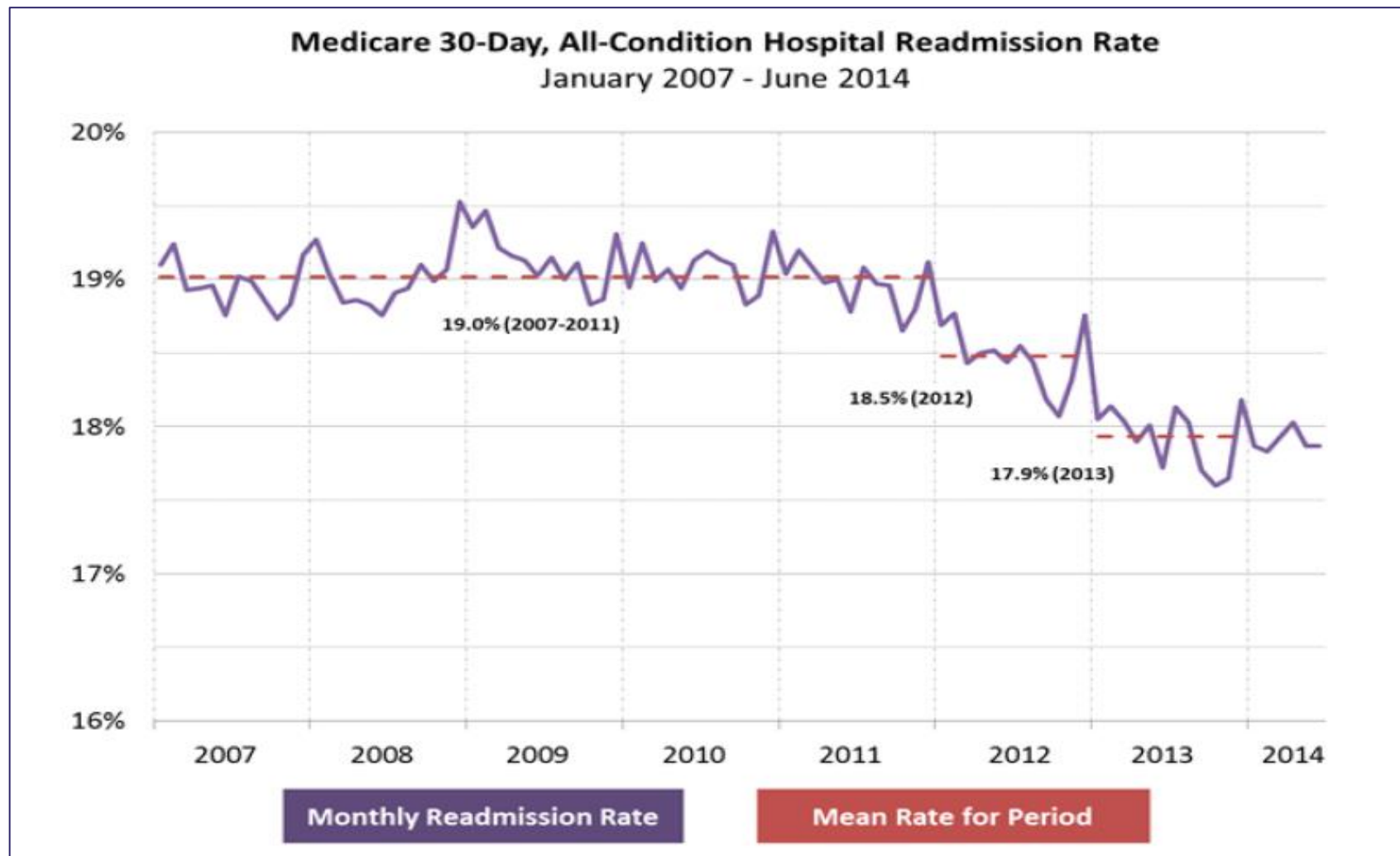
- Remuneração de hospitais baseada em valor para maior qualidade e valor do cuidado
- Remuneração de médicos baseadas em valor para maior qualidade e valor do cuidado
- Penalidades para reinternações/infecções adquiridas em hospitais
- *Shared savings/blended payments* para a atenção à saúde primária

1. Alternativa ao Fee for Service: Hospitais pagos por qualidade e valor

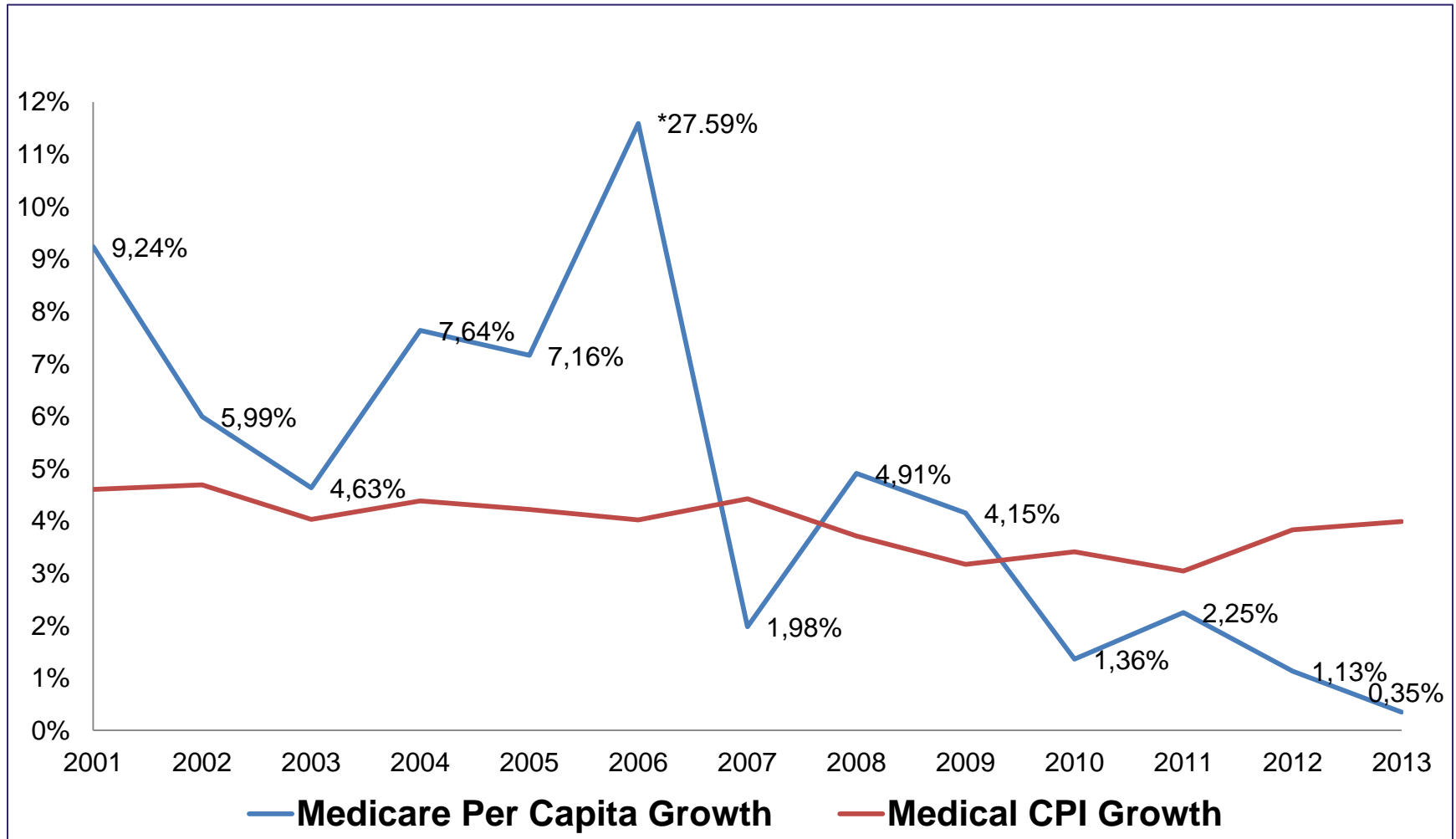
Hospitais pagos por valor e qualidade – não volume (FFS)

- Recebem bônus para:
 - Reduzir reinternações
 - Melhorar qualidade baseado em indicadores
 - Controlar custos
- Recebem penalidades caso não haja melhoria em:
 - Indicadores de qualidade
 - Resultados dos pacientes
 - Eficiência

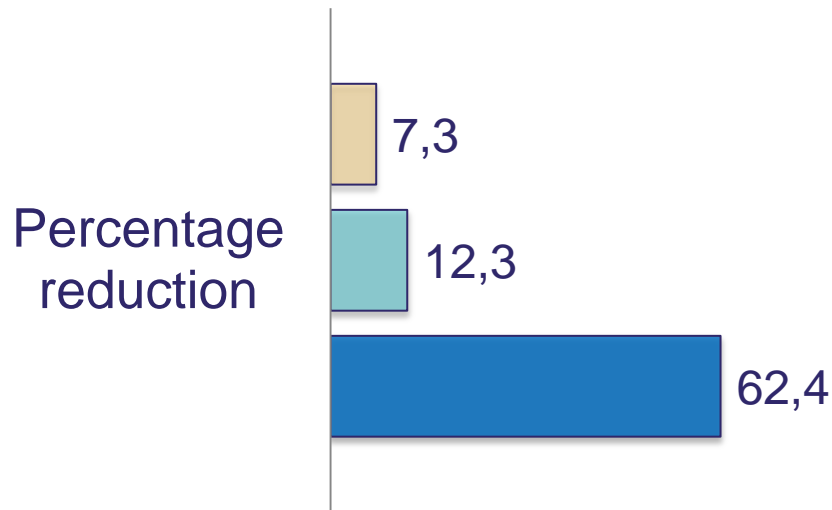
Melhora na tendência de reinternações no Medicare



Queda no crescimento do gasto per capita



Melhoria na qualidade e nos resultados: redução na infecção hospitalar 2010- 2013



- Readmissions
- Central Line-Associated Blood Stream Infections
- Ventilator Associated Pneumonia

17% de queda na infecção hospitalar

50.000 vidas salvas

US\$ 12 bilhões de economia

Source: CMS

2. Alternativa ao FFS: Experimentando com “bundled payment”

“Bundled Payments”

Pagamento a prestadores é “empacotado”:

- Pagamento a Hospital e médicos: incentiva o uso de times – médicos, enfermeiros, comunidade
- Um episódio de cuidado, internação e acompanhamento com cuidado ambulatorial para pacientes com alta
 - Promover a recuperação e desincentivar o uso das emergências dos hospitais ou reinternações

EOA e Holanda obtiveram sucesso na aplicação do ”bundled payment”

Baptist Health System, Texas

Resumo: Rede clinicamente integrada de 5 hospitais para cirurgia ortopédica

Resultados:

- 21% de redução no gasto médio por episódio
- 29% de queda no custo dos dispositivos médicos implantáveis
- 54% de queda no gasto médio na recuperação dos pacientes

Source: Cost of Joint Replacement Using Bundled Payment Models (Navathe et al., 2017)

Zorg In Ontwikkeling

Resumo: Rede de atenção primária integrada para pacientes com diabetes

Resultados:

- 15% de queda em pacientes com controle de glicemia ruim
- 54% de queda nos custos de internação com especialista enfermeiro designado

Source: Case Study: Zio Integrated Care Network (Hubertus et al., 2017)

3. Alternativa ao Fee for Service: Accountable Care Organizations

Redes de cuidado integrado das ACOs geram valor



- ✓ Recompensa para manter saudáveis os pacientes crônicos
- ✓ Pagadores & prestadores compartilham risco— e economias
- ✓ Evitar salas de emergência &

internações

Exemplo ACO: Massachusetts

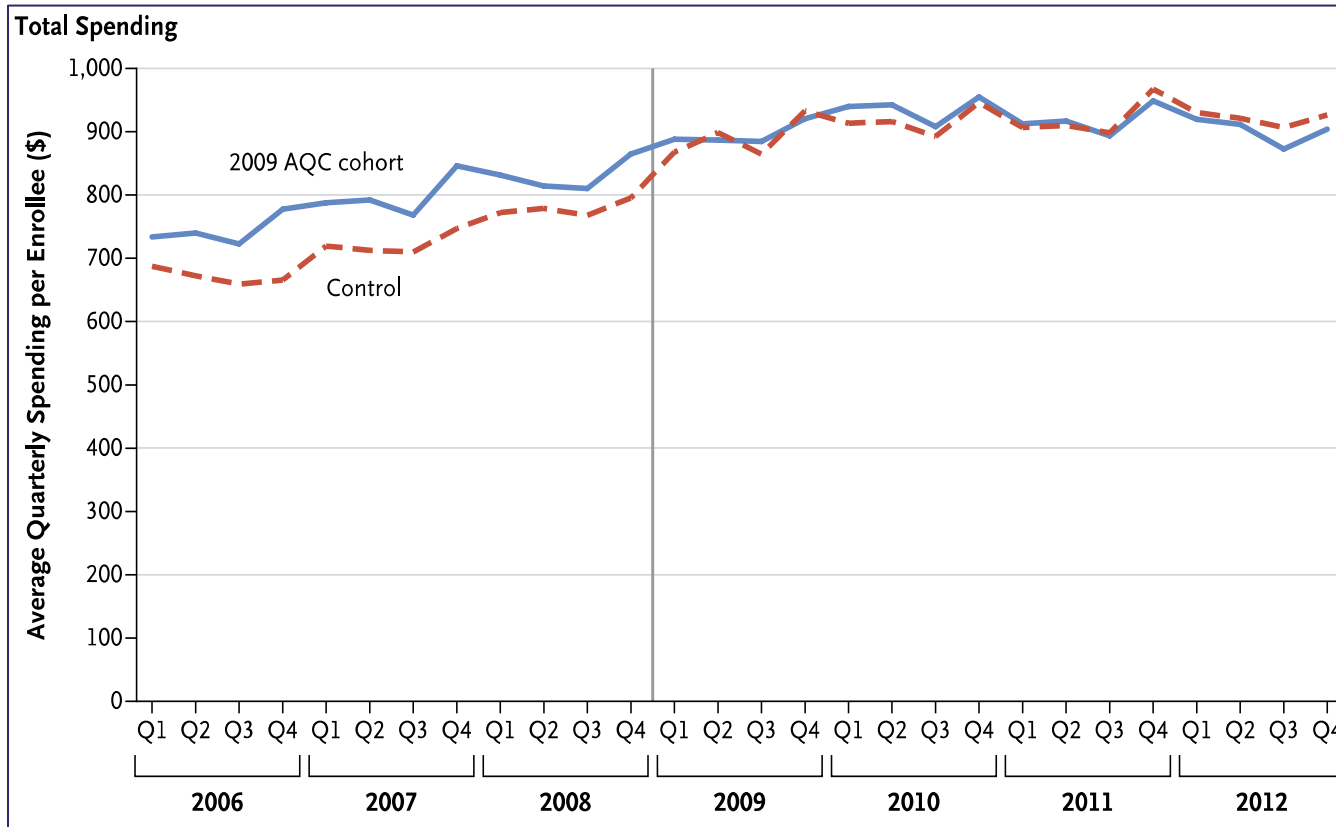
Alternative Quality Contract

- Blue Cross (plano de saúde/pagador) participou no desenho da ACO
- Blue Cross decidiu financiar um grupo de médicos para melhor qualidade e controlar custos para os afiliados
- O grupo de médicos liderou o processo de mudança
- Blue Cross apoiou ao grupo de médicos no planejamento, experimentação e avaliação de *performance* a traves do compartilhamento de dados de *performance*
- Eventuais economias foram compartilhadas entre as duas partes

Massachusetts Alternative Quality Contract Components

Orçamento Global (Global Budget)	Orçamento anual definido para todos grupos médicos. Todas as despesas médicas cobertas para os beneficiários
Indicadores de Performance	Incentivos baseados em medidas de qualidade: performance determina a fatia de ganhos ou perdas
Apoio Clínico para análise de dados e melhor prática	Médicos têm time dedicado da Blue Cross para gerar compartilhamento de dados de performance, melhores práticas entre os grupos e gerar inovação

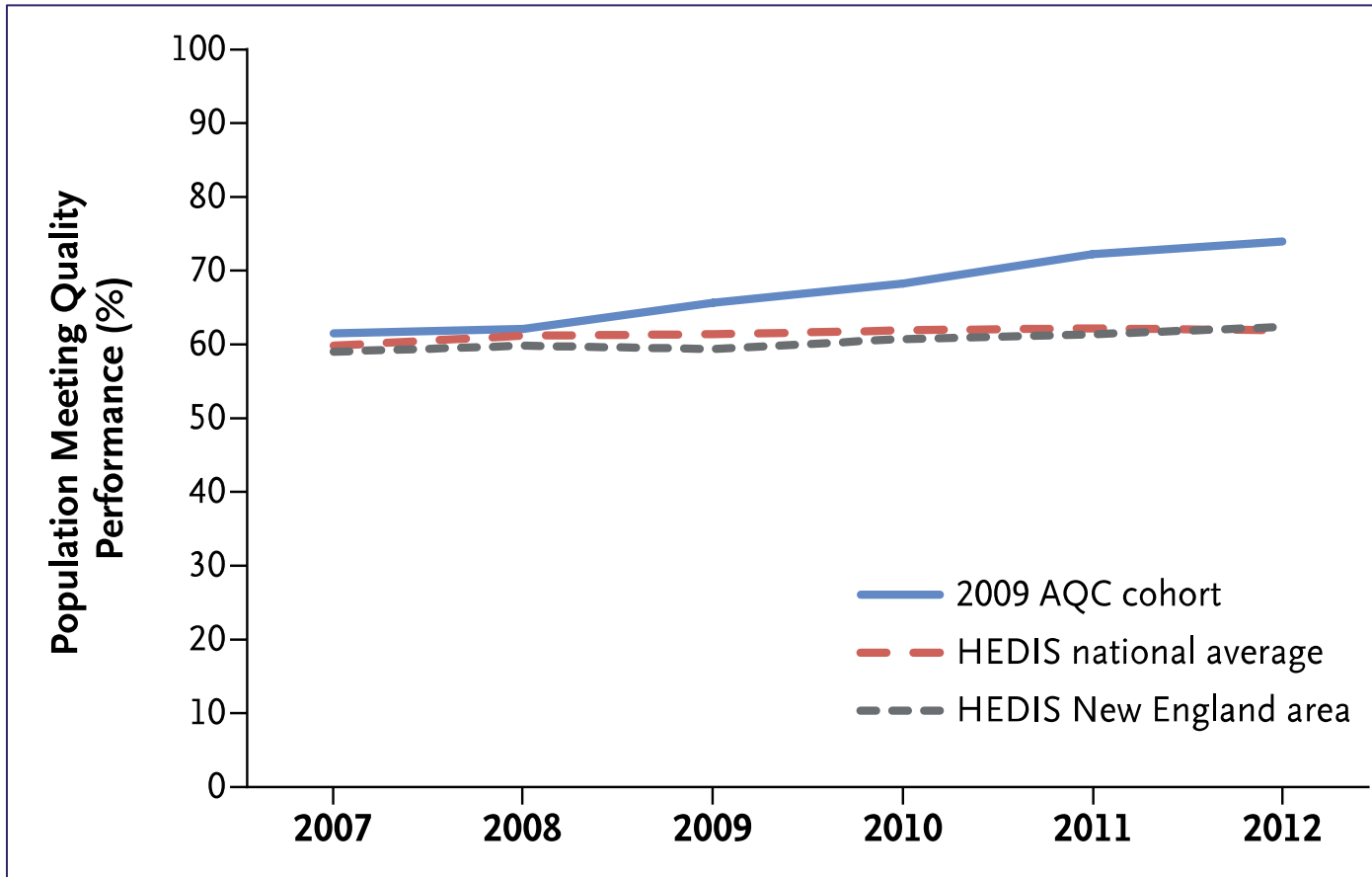
Alternative Quality Contract (AQC) Reduz o Gasto Médio por Beneficiário



Custos no AQC de Massachusetts caíram em relação aos custos em 8 estados do nordeste dos EUA para beneficiários de planos de saúde

Fonte: Song Z, Rose S et al. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment, N Engl J Med 2014; 371:1704-1714 October 30, 2014

AQC Melhora os Resultados, 2007-2012



Beneficiários do AQC tiveram melhores resultados em 5 indicadores do “**Healthcare effectiveness data information**” (HEDIS)

Song Z, Rose S et al. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment, N Engl J Med 2014; 371:1704-1714 October 30, 2014

Conclusões e implicações para os planos de saúde

The image shows the exterior of a large, modern hospital building. The building is constructed from light-colored stone or concrete blocks. The word "HOSPITAL" is prominently displayed in large, red, three-dimensional letters on the upper part of the facade. To the left, the words "CENTRAL" and "WING" are partially visible. The building is surrounded by several tall palm trees. In the foreground, a paved plaza with a brick pattern is visible. A woman in a black business suit is walking towards the left, and a man in a white shirt and dark trousers is walking towards the right. Other people are scattered in the background near the entrance. A yellow semi-transparent banner is overlaid across the middle of the image, containing the text "Incentivos e pagadores geram a revolução".

HOSPITAL

**Incentivos e pagadores
geram a revolução**

Incentivos financeiros podem aumentar a qualidade do prestador

Por meio de alternativas ao hospital:

- Serviços ambulatoriais
- Hospitais de dia
- Hospitais de retaguarda
- Home care
- Cuidados paliativos

Monitorando comportamento de alto custo e baixo valor:

- Aplicando sistematicamente protocolos clínicos
- Reduzindo reinternações
- Reduzindo a permanência desnecessária no hospital
- Desencorajando o uso das salas de emergência para problemas de saúde de rotina

Dados são um componente crítico para incentivos ao cuidado integrado

Dados extraídos dos eventos (sinistros) e PEPs permitem:

- Prestadores gerenciaram performance
- Pagadores encorajarem melhores resultados

- Big data pode ser usado para pagar prestadores por qualidade e valor, não volume
- Big data facilita o uso efetivo de modelos de pagamento alternativos

Principais mensagens e considerações

- Prestadores e pagadores têm interesse em melhorar a qualidade
- Qualidade e eficiência ajudam no controle dos custos
- Pagadores podem colaborar com os prestadores para apoiar mudanças
- Muitas opções para incentivar melhor cuidado à saúde a um custo mais baixo
 - Modelos de pagamento diferentes
 - “Incentivos” para mudanças de comportamento

Como os pagadores podem avançar nesta agenda

- ✓ Coloque a qualidade do cuidado à saúde no centro da agenda
- ✓ Crie incentivos para os prestadores integrarem o cuidado e aumentarem a qualidade
- ✓ Colabore com os prestadores na implementação de abordagens que podem funcionar para garantir a qualidade do cuidado



**Juntas, essas ferramentas podem ser
usadas para vencer esses desafios... e
lançar
uma revolução na saúde**



OBRIGADA!

mlewis@acesoglobal.org



acesoglobal

where hospitals meet the health care system

www.acesoglobal.org

CEO broad expertise



Dr. Maureen Lewis
Co-founder & CEO
Aceso Global

- 25 years advising government and private sector leaders around the world on healthcare system and financing reforms
- Ex-Chief Economist for Human Development, World Bank
- 25+ years working in Brazil
- Non-resident Fellow, Center for Global Development
- Senior Associate, Center for Strategic and International Studies