Coalizão Saúde Brasil

Uma agenda para transformar o sistema de saúde

COALIZÃO SAÚDE

COALIZÃO SAÚDE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PRESIDENTE
Claudio Luiz Lottenberg

VICE-PRESIDENTE
Giovanni Guido Cerri

Carlos Alberto Pereira Goulart
Eudes de Freitas Aquino
Francisco Balestrin
Henrique Sutton de Souza Neves
Ruy Salvari Baumer
Solange Beatriz Palheiro Mendes

CONSELHO FISCAL
Cláudia Alice Cohn
Edson Rogatti
Nelson Augusto Mussolini

CONSELHO CONSULTIVO
Gabriel Portella Fagundes Filho
Paulo Chapchap
Reinaldo Camargo Scheibe

CEO
Denise Eloi

QUEM SOMOS

O Instituto Coalizão Saúde é formado por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde e pretende contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país

VISÃO

Ser uma referência do pensamento e da formulação de políticas inovadoras para a saúde do país

MISSÃO

Propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro

PRINCÍPIOS E VALORES

- Transparência
- Compromisso com a Ética
- Respeito ao cidadão
- Construção do conhecimento
- Liberdade de iniciativa

CLAUDIO LOTTENBERG - Presidente do Instituto Coalizão Saude

Um caminho para percorrermos juntos

Enfrentar o desafio de desenvolver e construir um novo sistema de saúde para o Brasil. Reunir o máximo de conhecimento e experiência, seja no âmbito nacional, seja no internacional. Articular toda a cadeia produtiva de saúde, em nome dos melhores interesses, público e privado. E colocar todo esse trabalho, essa expertise e, sim, esse sonho, a serviço de nossa maior inspiração: a população brasileira e seu desejo por um sistema de saúde melhor e mais justo para todos.

Com este propósito, o Instituto Coalizão Saúde trabalhou intensamente desde a sua fundação, em 2015. E, sem dúvida, trabalhou de uma forma inédita na história do setor no país. Pela primeira vez, reuniu-se toda a cadeia produtiva da saúde em torno de um único instituto, em busca de seus objetivos comuns.

Sempre na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde. E com a convicção de que, como determina a nossa Constituição, a coexistência e a colaboração entre os setores público e privado podem e devem proporcionar um melhor atendimento à nossa população _desde a prevenção e a atenção básica, até o mais sofisticado e moderno recurso que a Medicina pode oferecer.

Neste "Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o Sistema de Saúde", apresentamos o consistente resultado desses esforços até o momento. E apontamos, com clareza, os caminhos para reestruturarmos, de uma maneira mais inteligente, sustentável e, sobretudo, humana, o setor da saúde em nosso país.

Este trabalho foi, portanto, construído a muitas mãos, contando com a colaboração de mais de 80 especialistas e líderes de opinião do setor, que representaram mais de 30 instituições de toda a cadeia

da saúde. O trabalho foi dividido em duas fases: (i) entendimento do ponto de partida e temas de ataque e (ii) definição da visão e iniciativas de soluções, com dois workshops presenciais ao final de cada uma das fases.

Na primeira fase foi feito um diagnóstico da saúde no Brasil, com foco na análise da sustentabilidade financeira, melhoria do estado de saúde e satisfação da população. Nessa fase, foram realizadas entrevistas com os principais stakeholders e especialistas, nacionais e internacionais, foram levantados os estudos existentes, realizadas análises e benchmarks com outros sistemas do mundo, e houve a definição dos principais temas de ataque. Já no segundo momento, o objetivo principal foi a definição da visão, do menu de iniciativas e da jornada para alcançar esta visão.

O ponto de partida compreendeu a discussão de nove forças que impactam a sustentabilidade do sistema, cada uma delas detalhada ao longo deste livro. Também foram mapeadas as ineficiências, considerando sete elos da cadeia e as principais externalidades que impactam a saúde do Brasil.

As visões de sistemas de referência e os princípios do SUS serviram de insumo para a construção de propostas de visão para a saúde do Brasil. Após interações com associados do Instituto Coalizão Saúde e outros atores do setor, além das entrevistas e workshops presenciais, definiu-se a seguinte visão para o Brasil: "Teremos um sistema de referência em qualidade e sustentabilidade, com maior participação dos cidadãos, assegurando o cumprimento dos princípios do SUS a partir de atuação coordenada dos setores público e privado".

Também foram elencados oito temas de ataque e vinte iniciativas que poderiam ser implementadas pelos atores envolvidos. As iniciativas foram priorizadas em termos de impacto e facilidade e, assim, foi definida a primeira onda de atuação do Instituto Coalizão Saúde, já a partir de 2017. As iniciativas-foco para o próximo ano consistem em: consolidação e uso de dados (contemplando capacidade para análise de dados e integração dos dados do paciente); fortalecimento da atenção primária; modelos de pagamento; modelos inovadores de atenção e estímulo à mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador. Além disso, deve ser implementada uma estratégia de comunicação do ICOS para que o diálogo com a sociedade seja fortalecido e ampliado.

Acreditamos que o esforço coordenado dos atores seja fundamental para uma transformação profunda e duradoura. Convido os leitores a conhecerem e partilharem dessa jornada nas próximas páginas. Este é um caminho que devemos percorrer juntos.

ÍNDICE

9 PROCESSO DE CRIAÇÃO

12 PONTO DE PARTIDA

1 FORÇAS QUE PRESSIONAM O SISTEMA DE SAÚDE 13

1.1 Aumento da carga de doenças 16

1.2 Falta de promoção e prevenção 20

1.3 Alta expectativa e pouca informação do paciente 24

1.4 Governança pouco efetiva 30

1.5 Alocação de recursos inadequada 34

1.6 Práticas de gestão ineficientes 38

1.7 Baixo foco no desfecho 41

1.8 Uso de dados e inovação limitados 43

1.9 Sustentabilidade 48

2 INEFICIÊNCIAS DA CADEIA DO SETOR DE SAÚDE 51

62 VISÃO E TEMAS DE ATAQUE

68 MENU DE INICIATIVAS

71

DETALHAMENTO DAS INICIATIVAS PRIORIZADAS

A. Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador 72

B. Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando a medicina da família e uso de multiprofissionais 74

C. Ampliar acesso a medicamentos e garantir maior adesão a tratamentos 77

E. Estimular e pilotar modelos inovadores de atenção 80

G. Construir uma agenda nacional para inovação, respaldada por uma maior agilidade regulatória e maior integração da pesquisa acadêmica com a cadeia 83

J. Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico 85

L. Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional 90

M. Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento buscando maior alinhamento de incentivos 94

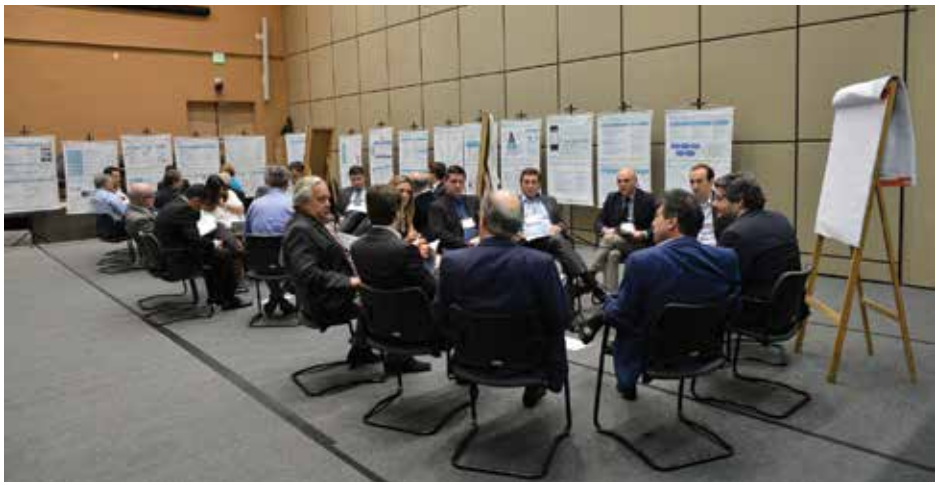
O. Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado 96

P. Integrar dados do paciente de forma centralizada por meio de prontuário eletrônico 100

R. Reorganizar o sistema de redes de atenção na busca de maior eficiência e escala 105

109

JORNADA PARA ALCANÇAR A VISÃO



PROCESSO DE CRIAÇÃO

A visão de futuro para o sistema brasileiro de saúde foi construída a muitas mãos, com a colaboração de mais de 80 especialistas e líderes de opinião do setor, representando mais de 30 instituições de toda a cadeia da saúde. Diante da complexidade do tema e da oportunidade de contarmos com a multiplicidade de atores que se envolveram no esforço, buscou-se seguir uma metodologia de criação que envolve quatro fontes de inspiração principais: entrevistas, reuniões e workshops, estudos e benchmarks, e dados e análises (Quadro 1).

QUADRO 1
FONTES DE INSPIRAÇÃO PARA A VISÃO DE SAÚDE DO BRASIL

Mais de 50 ESPECIALISTAS e líderes de opinião do setor no Brasil foram entrevistados, além de **+15 especialistas globalmente** por meio da rede da parceira *McKinsey & Company*

Mais de 100 PÁGINAS DE DIAGNÓSTICO que reúnem dados públicos analisados com rigor para entender os cenários atual e futuro do Brasil

Mais de 30 HORAS de discussões durante **2 workshops** e diversas reuniões

Mais de 50 ESTUDOS EXISTENTES foram analisados, incluindo estudos locais de todos os parceiros do ICOS e estudos globais, além de diversos **benchmarks brasileiros e internacionais** relevantes

A partir dessas fontes de inspiração foi possível seguir a metodologia "visioning", amplamente utilizada por outros países que passaram pelo mesmo processo de estabelecer uma visão de futuro para seus sistemas de saúde, tais como Alemanha, Reino Unido, China, Espanha e Holanda. A metodologia "visioning" inclui quatro etapas, exibidas a seguir na Figura 1.

FIGURA 1 - **ETAPAS DA METODOLOGIA "VISIONING"**

Definir o ponto de partida consiste em entender os principais desafios do sistema e suas causas-raiz. A visão representa a aspiração de longo prazo dos atores do sistema, enquanto os temas de ataque são os componentes da visão que se desdobrarão posteriormente em iniciativas. Uma vez definidas as iniciativas, é necessário selecionar aquelas que são fundamentais para a evolução do sistema e factíveis considerando os recursos disponíveis, no horizonte de tempo desejado. Por fim, a jornada é estabelecida a partir do desenho da primeira, segunda e terceira ondas de implementação da visão.

Este livro apresenta as conclusões do extenso trabalho realizado pelo Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e seus parceiros nos quatro itens da metodologia "visioning".

CAPÍTULO I

ponto de partida

1. FORÇAS QUE PRESSIONAM O SISTEMA DE SAÚDE

Melhorar o sistema de saúde do Brasil significa atingir três objetivos em áreas nas quais atualmente se enfrentam importantes desafios:

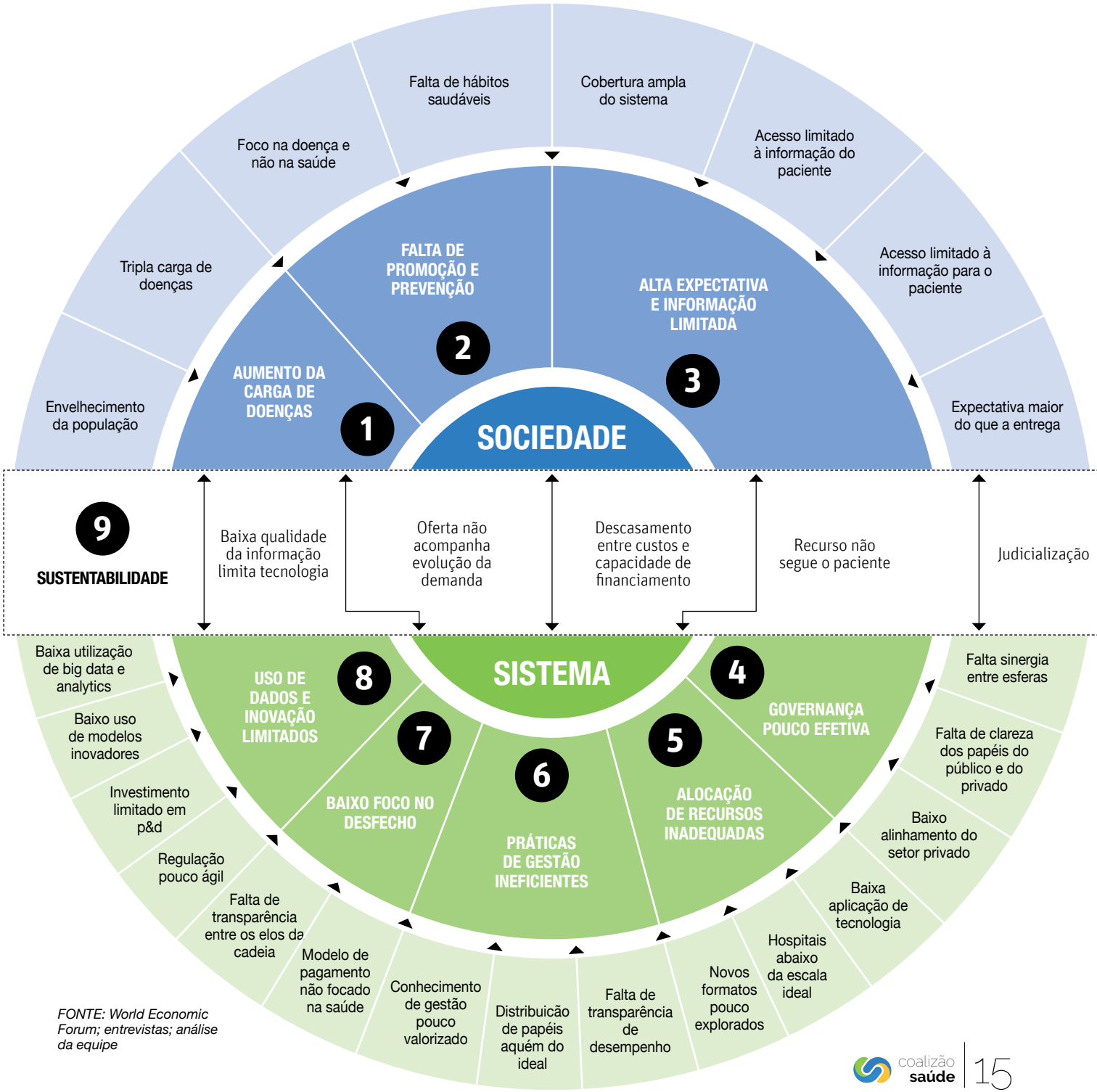
1. Melhorar o estado da saúde da população: apesar do avanço das últimas décadas – por exemplo, em termos da redução da mortalidade infantil e do aumento do acesso à atenção primária por meio da Estratégia da Saúde da Família, introduzida em 1994 – algumas "Metas do milênio" não foram atingidas _entre elas a redução da mortalidade materna. Além disso, o desafio para as próximas décadas é ainda maior, com os novos "17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" (ODS) propostos pela ONU, que visam alcançar objetivos dos quais o Brasil atualmente ainda está distante, tais como a erradicação da epidemia de tuberculose – ainda relevante no país, em especial em regiões carentes – e a diminuição pela metade das mortes por acidentes de trânsito.

2. Incrementar a satisfação dos cidadãos: a área de saúde é considerada uma das mais importantes para os brasileiros, sendo constantemente apontada, em diversas pesquisas, como a principal preocupação dos cidadãos. Pelo mesmo motivo, também é a saúde que gera maior insatisfação para os brasileiros.

3. Assegurar a sustentabilidade financeira: os gastos crescentes com a área da saúde não são um desafio exclusivo do Brasil. A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde é discutida hoje em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, se os gastos continuarem evoluindo com a mesma taxa dos últimos anos, poderão chegar a representar 20-25% do PIB, tornando o sistema insustentável (a média dos países desenvolvidos é de 10% do PIB).

Para entender melhor o cenário que enfrentamos, foi necessário diagnosticar as forças que pressionam o sistema de saúde brasileiro utilizando o modelo exibido na Figura 2, inspirado em um modelo do Fórum Econômico Mundial, que explora as pressões do lado da sociedade (demanda) e do lado do sistema (oferta).

FIGURA 2
FORÇAS QUE PRESSIONAM O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO



FONTE: World Economic Forum; entrevistas; análise da equipe

1.1 AUMENTO DA CARGA DE DOENÇAS

Até 2030, a população brasileira idosa (acima de 60 anos) deverá triplicar, equiparando nossa pirâmide etária à do Japão atual, mas com um PIB per capita muito menor (Quadro 2). Além disso, cerca de apenas 10% dos idosos de renda média terão condições de contar com uma cobertura de plano de saúde privado.

QUADRO 2 - **AUMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA IDOSA ATÉ 2030**

A população brasileira vem envelhecendo e o número de pessoas acima de 60 anos deve triplicar até 2030

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA
Milhões (Porcentagem)

IDADE	1990	2000	2010	2010E	2030E	CAGR (2010-2030)	CUSTO MÉDIO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 2010, R$	CUSTO MÉDIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR 2010, R$
100%=	148	173	195	212	223			
60+	9	14	20	29	42	3,8	5,3	1.182
40-59	23	32	44	53	62	1,8	5,3	1.092
15-39	63	75	82	85	80	-0,1	3,8	663
5-14	34	35	34	30	27	-1,2	3,4	565
0-4	16	17	16	14	12	-1,2	2,0	1.100

FONTE: IBGE; DataSUS; Valor Economico; IESS

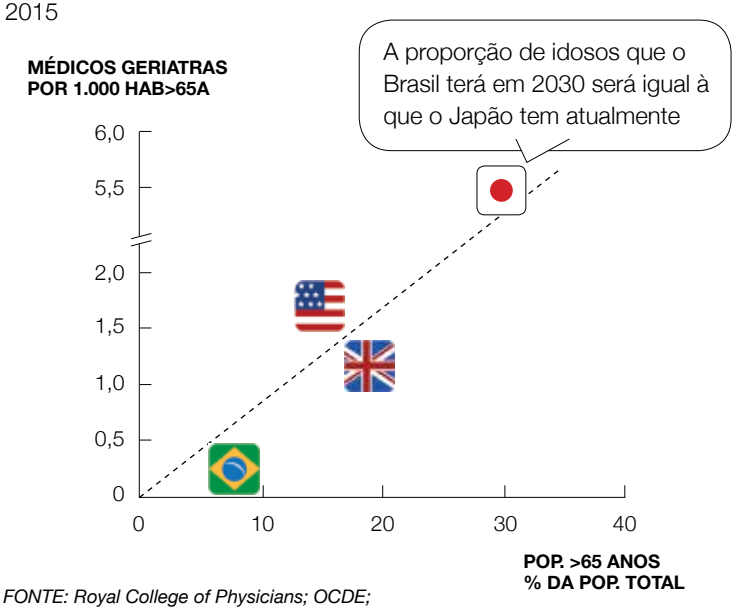
Dessa forma, para acompanhar o novo perfil populacional, o Brasil precisa expandir os modelos de atenção aos idosos, a exemplo dos países desenvolvidos. Atualmente temos um déficit de leitos e de médicos especializados na atenção ao idoso. Segundo uma pesquisa do IPEA, em 2009 o Brasil contava com nove leitos em instituições de longa permanência para idosos a cada 1.000 habitantes, comparado com aproximadamente 55 leitos no Reino Unido e no Canadá.

Além disso, o Brasil não tem formado médicos voltados para o cuidado com o idoso – temos um terço do total de idosos como percentual da população em relação ao Japão e um décimo de médicos geriatras (Quadro 3).

QUADRO 3 - **RELAÇÃO DE MÉDICOS GERIATRAS POR POPULAÇÃO IDOSA EM 2015**

A formação de todos os profissionais de saúde deve ser adequada ao novo perfil populacional

RELAÇÃO DE MÉDICOS GERIATRAS POR POPULAÇÃO IDOSA
2015



FONTE: Royal College of Physicians; OCDE; CNES; IPEA; imprensa

- Hoje temos **1/3** da proporção de idosos do Japão e **10x menos geriatras**
- A **formação dos profissionais de saúde no Brasil precisa se adaptar** ao envelhecimento populacional

"Não podemos achar que só geriatras cuidarão dos nossos idosos. No futuro, **todos os nossos médicos devem ser capacitados para a atenção ao idoso**"

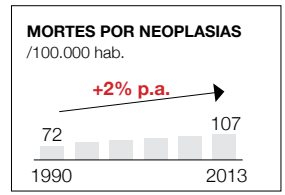
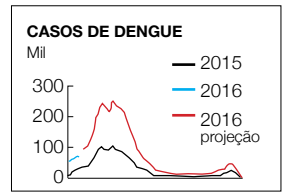
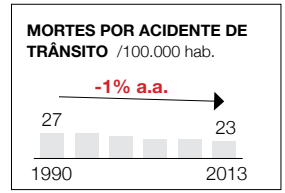
Entrevistado Coalizão

Um efeito do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas. Segundo o IBGE, 40% dos brasileiros adultos já vivem com doenças crônicas. Apesar disso, o país ainda enfrenta uma tripla carga de doenças: não apenas enfrentaremos as doenças crônicas no futuro, como acontece nos países desenvolvidos, mas também as doenças infectocontagiosas (como a tuberculose e as epidemias causadas pelo Aedes aegipt, como a dengue e a zika), ainda muito relevantes no país, além de causas externas, como mortes por acidentes de trânsito e violência (Quadro 4).

QUADRO 4 - **TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NO BRASIL**

Apesar do aumento das doenças crônicas, o Brasil precisa ainda lidar com uma tripla carga de doenças

DISTRIBUIÇÃO DAS 10 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE
2012, %

DOENÇAS CRÔNICAS	**72**	*Apesar das doenças crônicas estarem aumentando...*		"Doenças cardiovasculares são agora a principal causa de mortes no Brasil" ***Sociedade Brasileira de Cardiologia***
DOENÇAS INFECCIOSAS	**16**	*... as doenças infecciosas ainda estão presentes...*		"Casos de caxumba subiram no Brasil, com pior surto desde 2008" ***Globo, 2016***
CAUSAS EXTERNAS	**12**	*... e causas externas continuam relevantes*		"A estabilidade (das causas externas), mas com números tão altos é um mau sinal" ***Michael Reinnman, coautor do artigo sobre o SUS no The Lancet, 2011***

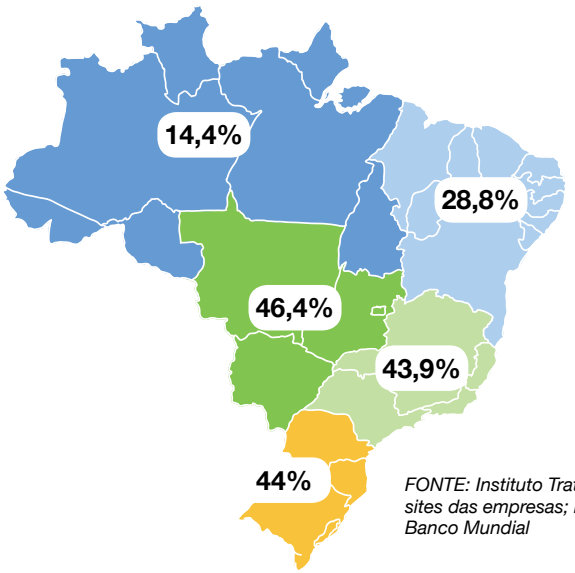
FONTE: Ministério da Saúde; Vigitel; IBGE; OMS; IHME

Embora haja casos de sucesso na execução de campanhas, como a campanha anual de vacinação contra a poliomielite, que tem sido bem-sucedida em manter a erradicação da doença no país, as ações que necessitam de atuação intersetorial e gestão coordenada poderiam melhorar. Como exemplo, o aumento da cobertura de tratamento de esgoto – que não chega a 50% da população em nenhuma das regiões do país – e a gestão das epidemias, como zika e dengue, que enfrentamos anualmente no verão (Figura 3).

FIGURA 3 - **ÍNDICE DE TRATAMENTO DE ESGOTO NO BRASIL**

Apesar do aumento das doenças crônicas, o Brasil precisa ainda lidar com uma tripla carga de doenças

ÍNDICE DE TRATAMENTO DE ESGOTO
Brasil, 2013



"Para cada dólar investido em água e saneamento, economiza-se 4,3 dólares em saúde global."
OMS

FONTE: Instituto Trata Brasil; ABCON; sites das empresas; imprensa; OMS; Banco Mundial

1.2 FALTA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

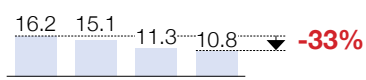
Apesar da mudança positiva em alguns hábitos de vida, a população brasileira ainda está exposta a fatores de risco preocupantes como o consumo excessivo de álcool e o aumento exponencial da obesidade nos últimos anos (Quadro 5).

QUADRO 5 - **FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

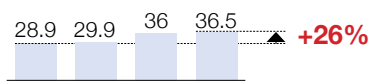
Principais fatores de risco presentes na população brasileira

EVOLUÇÃO POSITIVA DOS FATORES DE RISCO

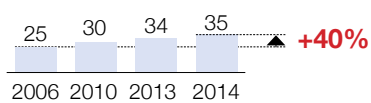
FUMANTES
% da população (maiores de 18 anos)



CONSUMO REGULAR DE VEGETAIS
% da população

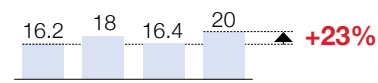


PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS
% da população (maiores de 18 anos)

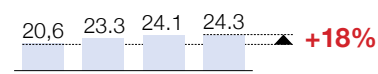


INCIDÊNCIA NEGATIVA DE FATORES DE RISCO

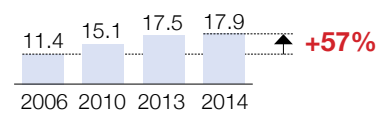
CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL
% da população (maiores de 18 anos)



HIPERTENSÃO
% da população (maiores de 18 anos)



OBESIDADE
% da população (IMC > 30 kg/m2)



FONTE: Vigitel; DataSus

Diante dessa situação, o Brasil deveria trabalhar em quatro alavancas principais para expandir suas ações de promoção e prevenção:

INTEGRAÇÃO DE DADOS DO PACIENTE E IDENTIFICAÇÃO DE PERFIS DE RISCO:

É necessário expandir a utilização de ferramentas analíticas para mapear grupos de risco e prevenir que suas doenças piorem (por exemplo, grupo de 10% da população que gera 44% das hospitalizações). No futuro, a detecção precoce e o acesso rápido ao atendimento contínuo mudarão a experiência do paciente.

Globalmente, os planos de saúde já utilizam ferramentas analíticas para mapear grupos de risco e prevenir que suas doenças piorem. Um exemplo é o Riskprom, uma ferramenta desenvolvida na Alemanha que permite identificar e acompanhar grupos de risco.

USO DE PROFISSIONAIS COMO "PORTA DE ENTRADA" (GATE KEEPERS):

Programas que utilizam enfermeiros e médicos da família como "porta de entrada" para o sistema podem diminuir a taxa de mortalidade de alguns grupos de risco em até 70%, com base em experiências internacionais.

No NHS (National Health System), sistema de saúde do Reino Unido, o uso de profissionais não-médicos para check-up viabiliza a criação de programas para detecção precoce de doenças na população. Um programa focado na população de 40-74 anos de idade, por exemplo, repetido a cada cinco anos, no qual são utilizadas ferramentas padronizadas para identificar indivíduos com risco de desenvolver determinadas doenças como diabetes, doença renal e demência. O check-up é realizado por enfermeiros ou técnicos de saúde capacitados e a consulta com o clínico geral é realizada apenas se os resulta-

dos indicarem a presença de fatores de risco ou doença. O impacto é grande: cálculos mostram que 1.600 eventos cardiovasculares (derrame e infarto) foram evitados por ano, além de 650 mortes prematuras e 4.000 novos casos de diabetes que foram detectados precocemente. Além disso, são estimadas economias na ordem de £57 milhões/ano.

CAMPANHAS E POLÍTICAS COM USO DE TÉCNICAS DE REFORÇO POSITIVO:

Campanhas com uso de dados e técnicas de reforço positivo, conhecidas internacionalmente como nudging1 , podem ser até 20% mais efetivas do que campanhas tradicionais.

PAPEL ATIVO DO EMPREGADOR:

Incentivos financeiros e não financeiros para os indivíduos que praticam o cuidado com a própria saúde geram benefícios mútuos, com 20-30% de redução nas taxas de admissão e custos por paciente, de acordo com experiências internacionais.

Para se ter uma ideia do impacto dos fatores de risco, se fosse possível eliminá-los totalmente, poderia haver uma economia de aproximadamente R$ 100 bilhões/ano no tratamento de doenças crônicas, valor equivalente ao rombo das contas públicas em 2015 (Quadro 6).

Nudge *significa "qualquer fator significante que pode alterar o comportamento das pessoas, sem que seja necessário proibir qualquer opção ou mudar significativamente os incentivos econômicos. Para ser considerado como Nudge, a intervenção deve ser fácil e barata de se evitar, garantindo a liberdade dos indivíduos." - THALER, R.; SUNSTEIN, C. (2008). Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. Yale University Press.*

QUADRO 6 - **POTENCIAIS IMPACTOS DA REDUÇÃO DE FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

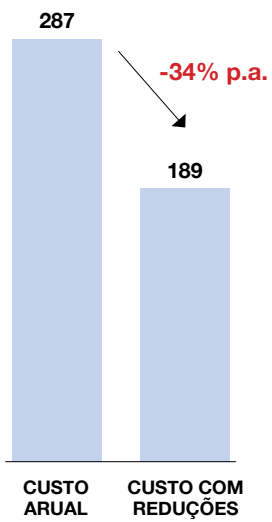
A eliminação total de fatores de risco poderia levar a uma economia de ~100bilhões/ano no tratamento de doenças crônicas, valor equivalente ao rombo das contas públicas em 2015

PREMISSAS

- Tratamento das doenças crônicas representa 60% dos gastos do sistema de saúde[1]
- Eliminação dos principais fatores de risco[3] associados a doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e câncer[4]
- Impacto da eliminação dos fatores de risco em linha com literatura internacional

– 80% dos casos de doenças cardíacas, derrame e diabetes tipo 2 evitados[2]
– 40% de todos os tipos de câncer evitados[2]

GASTOS COM TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS
R$ bilhões, 2015, Brasil



- Economia anual de ~R$ 100 bilhões no sistema de saúde
- Montante chega próximo ao valor de todo o rombo nas contas públicas do governo federal em 2015 (R$ 110 bilhões)
- Valor representa ainda cerca de 2% do PIB brasileiro em 2015

1 Baseado nos custos das doenças crônicas nas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalares), segundo dados de 2005 Ministério da Saúde (ELSA Brasil: the greatest epidemiological study in Latin America). 2 Baseado em literatura internacional. 3 Falta de atividade física, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool) 4 Doenças cardiovasculares (22%), respiratórias crônicas (15%), câncer (11%) FONTE: Literatura internacional; DataSus

1.3 ALTA EXPECTATIVA E POUCA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

A área de saúde é considerada uma das mais importantes pela população brasileira e, ao mesmo tempo, é a que gera maior insatisfação de acordo com a pesquisa do Visão Brasil 2030.

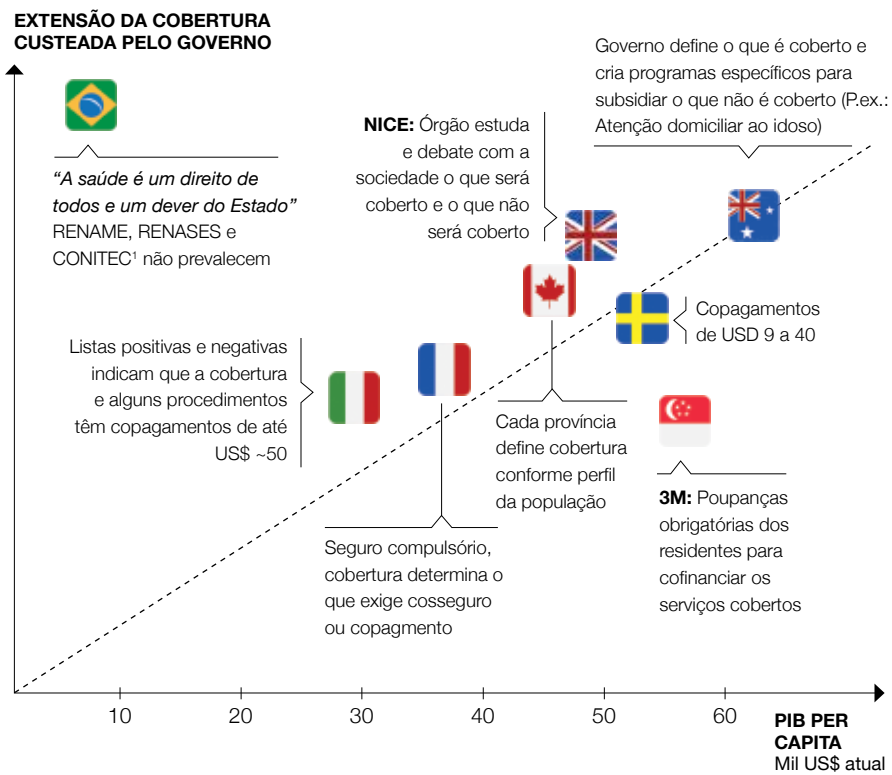
Atualmente, a expectativa do brasileiro com o sistema de saúde é extremamente alta, uma vez que o Brasil tem uma cobertura ampla e sem limites claros. Outros países que contam com sistemas semelhantes no mundo (cobertura universal) possuem melhor definição de cobertura e até mecanismos de coparticipação, que criam maior consciência de valor na população. Ou seja, estimulam o uso consciente dos recursos de saúde.

Como consequência, no Brasil, a saúde é considerada apenas um "direito de todos", como manifestado na Constituição, enquanto em outros países a interpretação é de que a saúde também é um "dever de todos", uma vez que apenas o esforço em comum, tanto individual como coletivo, poderá levar a um estado de saúde melhor para a população (Quadro 7).

QUADRO 7 - **EXTENSÃO DA COBERTURA UNIVERSAL NO BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES**

Os princípios do SUS levam a uma cobertura mais ampla do que a de países com sistemas semelhantes e maior renda per capita

EXTENSÃO DA COBERTURA CUSTEADA PELO GOVERNO POR PIB PER CAPITA EM SISTEMA DE COBERTURA UNIVERSAL



- O Brasil é o único sistema que não deixa clara a extensão da cobertura (p.ex., lista de procedimentos) abrindo espaço para a judicialização
- Todos os países restringem a cobertura universal aos residentes permanentes do país e/ou países parceiros

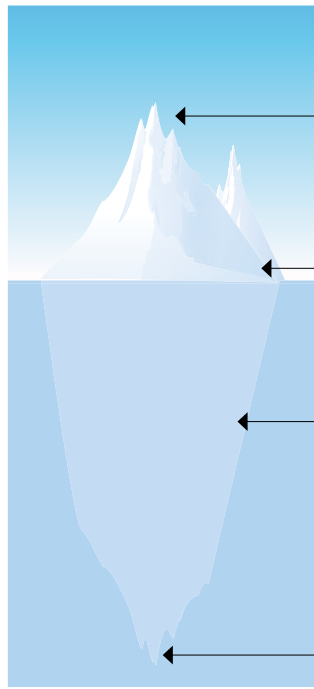
"Até a Suécia quebraria se tivesse uma política de dar tudo para todos"

1 RENAME Relação nacional de medicamentos essenciais; RENASES Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde; CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
FONTE: Banco Mundial; estudo London School of Economics e Commonwealth Fund e análise ICOS

Uma consequência da cobertura ampla e pouco clara é a judicialização, que já custa cerca de R$ 7 bilhões ao país, sendo que isso representa apenas a parte do gasto que nos é visível (Quadro 8).

QUADRO 8
COMPONENTES DOS GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

Uma consequência da cobertura ampla e pouco clara é a judicialização que já custa cerca de R$ 7 bilhões e isso é apenas parte do gasto



R$ 1 bilhão
Despesas diretas da Federação com medicamentos e tratamentos não cobertos

R$ 6 bilhões
Despesas diretas estimada dos Estados e Municípios

Maiores custos administrativos para o processamento das demandas (p.ex., ouvidoria)

Maiores custos processuais do sistema jurídico (p. ex., advogados)

"Em outros países quase não há judicialização [...] o juiz não se sente legitimado para interferir na decisão da autoridade de saúde"
Folha de São Paulo, 29/09/2016

O importante é ter uma regra do jogo, senão tudo vira judicialização"
Entrevista Coalizão

FONTE: "Intervenção Judicial na saúde pública", Advocacia Geral da União – Consultoria Jurídica; Ministério da Saúde; imprensa

A amplitude da cobertura não vale apenas para o setor público. Ela também se reflete no setor privado por meio do chamado Rol de Procedimentos, imposto pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão que regula os planos de saúde privados.

Por exemplo, na Inglaterra, a agência NICE (National Institute for Health and Care Excellence) emite diretrizes que determinam as tecnologias, medicamentos e tratamentos que podem ser cobertos ou financiados pelo sistema nacional de saúde (NHS). A população é envolvida nesse debate e entende as escolhas que precisam ser feitas para que exista equidade no sistema, evitando assim a judicialização.

Outro fator que gera alta expectativa e insatisfação do cidadão brasileiro com o sistema de saúde é a falta de informação, seja sobre o sistema, seja sobre o próprio cidadão. Atualmente, a ausência de integração de dados faz com que o cidadão não tenha controle sobre quais exames já realizou, quais consultas já fez ou quais remédios já tomou. Sem acesso a essas informações, não é possível exigir que o cidadão exerça seu dever de cuidar da própria saúde, pois ele não tem autonomia para fazê-lo.

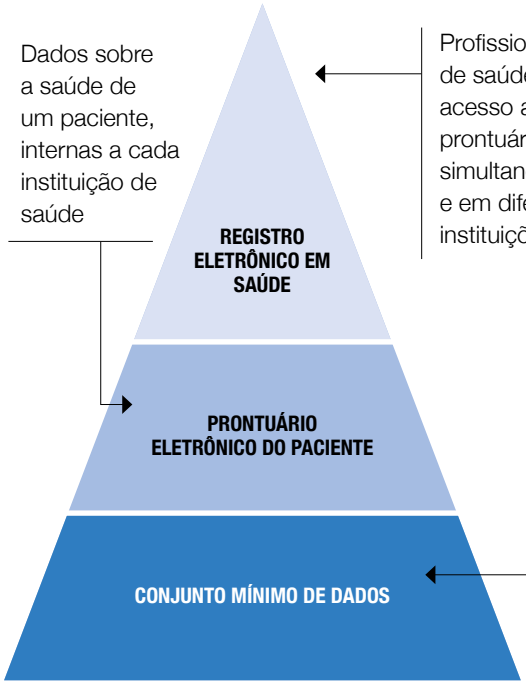
Ter um prontuário eletrônico universal é um dos principais avanços necessários para uma saúde integral. Contudo, ainda há muitos desafios. De acordo com a pesquisa realizada pela empresa Philips (Future Health Index 2016), o Brasil está no topo da lista de países nos quais esses desafios são mais prevalentes. E as consequências são muitas, entre elas a repetição desnecessária de exames solicitados por diferentes profissionais e a percepção do paciente de que não é “dono” das informações sobre si mesmo.

Apesar dos avanços recentes com a proposta de um cartão unificado (Cartão SUS), a aprovação do Conjunto Mínimo de Dados e o e-SUS Atenção Básica, o Brasil ainda está quatro décadas aquém dos países de referência (Quadro 9).

QUADRO 9

O AVANÇO DO CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS NO BRASIL

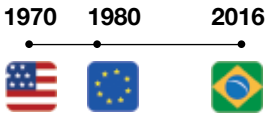
CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CMD)



Dados sobre a saúde de um paciente, internas a cada instituição de saúde

Profissionais de saúde têm acesso ao mesmo prontuário único, simultaneamente e em diferentes instituições

Documento que coleta os dados em cada contato assistencial, padronizado para todos os estabelecimento



- O Brasil acaba de estabelecer o **Conjunto Mínimo de Dados** (Resolução no 6/2016 da Comissão Intergestores Triparte)
- A implementação do CMD será **incremental e gradual**, substituindo um total de 9 sistemas de informação da atenção ambulatorial e hospitalar hoje fragmentados

FONTE: Resolução no 6/2016

Muitos países avançaram na integração de dados de prontuários eletrônicos ou já possuem planos robustos para isso, apesar dos desafios. A observação de casos internacionais revela que uma das maiores dificuldades é alcançar a integração completa, motivo pelo qual muitos países optam por integrar os dados por região de saúde (por exemplo, nível estadual) ou por nível de atenção em saúde (por exemplo, integração de dados da atenção básica/primária com dados de fornecimento de remédios nas farmácias populares).

O caso exitoso da Prefeitura do Município de Embu das Artes, em São Paulo, em parceria com a farmacêutica Libbs, mostra que o primeiro passo para o Brasil parece ser integrar os dados regionalmente, caminhando de nível para nível de atenção.

Com investimento total de R$ 2,5 milhões, o município informatizou as unidades básicas de saúde e integrou os prontuários eletrônicos através da plataforma e-SUS disponibilizada pelo Ministério da Saúde. O projeto trouxe benefícios visíveis para a população e para os profissionais de saúde e continua com foco na integração para que inclua também os dados da atenção secundária (Unidades de Pronto Atendimento – UPAs).

Além da limitação de integração dos dados do paciente, o Brasil ainda possui várias limitações quanto ao compartilhamento de dados sobre o próprio sistema de saúde com a população.

O DataSUS, portal do Ministério da Saúde para acesso aos dados coletados pelo sistema, apresenta inúmeras dificuldades de acesso para o cidadão, tais como interface pouco amigável, termos excessivamente técnicos, instabilidade do site, falta de informações relevantes (por exemplo, tempo de espera), além de ser pouco divulgado para a população em geral.

Países como Canadá, Inglaterra e Alemanha possuem portais de uso

simples para que a população acesse os dados do sistema, além de oferecerem maior granularidade, como dados sobre a qualidade do atendimento por hospital.

O impacto do acesso à informação é imenso, refletindo-se no "empoderamento" do paciente, por meio da disponibilização de informações comparáveis referentes a qualidade das instituições prestadoras de atenção, na possibilidade da tomada de decisões mais fundamentadas e no maior engajamento do cidadão na cobrança do sistema.

1.4 GOVERNANÇA POUCO EFETIVA

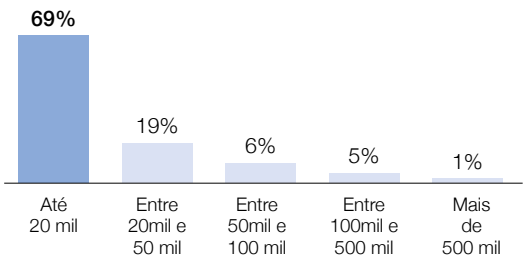
No sistema brasileiro optou-se por descentralizar a execução dos serviços de saúde, transferindo muitas responsabilidades para os municípios. Existem diversos benefícios nesse processo, contudo, hoje, existe um descompasso entre as responsabilidades atribuídas à maioria dos municípios brasileiros e sua capacidade de execução, sendo necessário gerar uma discussão sobre o nível ideal de descentralização (Quadro 10).

QUADRO 10 - **CARACTERÍSTICAS E RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS NA SAÚDE**

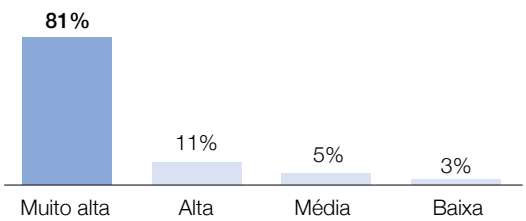
Responsabilidades dos municípios brasileiros na prestação de serviços de saúde

A MAIORIA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS É DE PEQUENO PORTE E DEPENDENTE FINANCEIRAMENTE...

NÚMERO DE HABITANTES



GRAU DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA DOS MUNICÍPIOS[1]



1 Baseado no pilar de "Receitas Próprias" do Índice Firjan de Gestão Municipal. FONTE: Lei 8080/1990; DataSUS; IBGE; FIRJAN

... O QUE NÃO PARECE SER COMPATÍVEL COM SUAS RESPONSABILIDADES NA SAÚDE

Art. 18 - Lei 8080/1990:

- **Planejar** serviços de saúde
- **Executar** serviços

- Atenção primária
- Vigilância epidemiológica
- Vigilância sanitária
- Saúde do trabalhador
- Saneamento básico

- Executar **política de insumos** e equipamentos
- **Formar consórcios** intermunicipais
- **Gerir laboratórios** públicos e hemocentros
- Controlar e **fiscalizar** serviços privados
- **Normatizar** complementarmente

54% DOS MUNICÍPIOS no Brasil hoje possuem um hospital geral, uma das estruturas mais caras do sistema de saúde

No Reino Unido, por exemplo, reformas recentes no NHS envolveram um novo arranjo das estâncias administrativas. Lá, a descentralização ocorre por região de saúde independentemente das autoridades municipais. Essa configuração, porém, ocorre unicamente no Reino Unido. Nos demais países de referência, como Canadá e Austrália, a descentralização ocorre no nível estadual ou provincial, conforme o caso.

O SUS é composto não apenas pelo sistema público, mas também pelo sistema privado, chamado "sistema suplementar", que deveria ajudar o sistema público a prover serviços de saúde. Contudo, no Brasil existe espaço para uma maior participação do setor privado no intuito de reduzir a carga do setor público, o que ocorre nos sistemas de referência, inclusive naqueles cujos financiamentos são majoritariamente públicos (por exemplo, Canadá). Como o setor privado tem menos restrições, em geral, as experiências internacionais mostram que ele se torna de 20% a 30% mais eficiente que o serviço gerenciado pelo setor público (Quadro 11).

Alguns estados brasileiros já aderiram ao modelo de Organizações Sociais em Saúde e Parcerias Público-Privadas, mas as experiências ainda são incipientes em nível nacional.

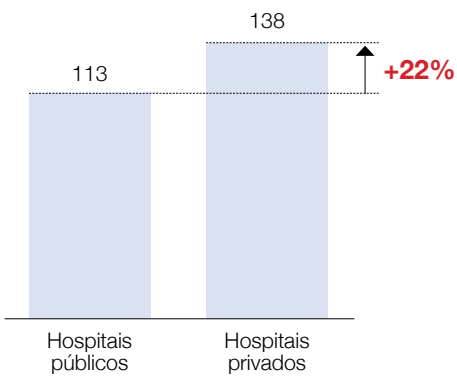
Na atenção terciária, o modelo é fortemente baseado nas instituições filantrópicas, que sofrem dificuldades financeiras graves com a falta de repasses do SUS, como aconteceu recentemente com as Santas Casas.

Finalmente, conclui-se que a governança atual do sistema de saúde brasileiro possui elos da cadeia que atuam de forma independente e não aproveitam oportunidades de sinergias com uma maior cooperação, seja ela entre público e privado, seja entre público e público por meio de uma melhor organização de regiões de saúde para otimizar a descentralização.

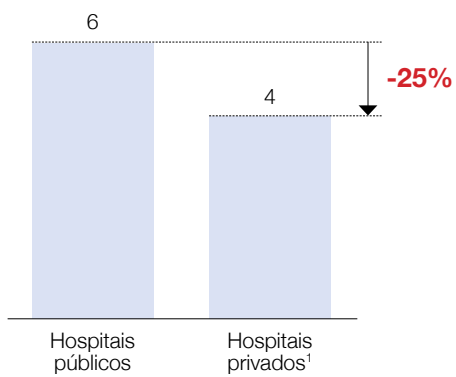
QUADRO 11 - **COMPARAÇÃO DE MÉTRICAS QUE INDICAM EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS**

EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS

NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR MÉDICO



TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA
Número de dias



1 Média dos associados à ANAHP
FONTE: DataSUS; DataFolha; FEHOSP; Banco de dados de hospitais alemãwes; análise da equipe

1.5 ALOCAÇÃO DE RECURSOS INADEQUADA

Com o novo perfil demográfico da população, resultante do envelhecimento, e o aumento da prevalência das doenças crônicas, aumenta a necessidade de alocar os recursos do sistema de maneira mais adequada para atender a essa nova demanda. Atualmente, o sistema brasileiro aloca recursos para uma demanda existente no passado, por exemplo para doenças agudas, em vez de crônicas, que não exigem acompanhamento contínuo.

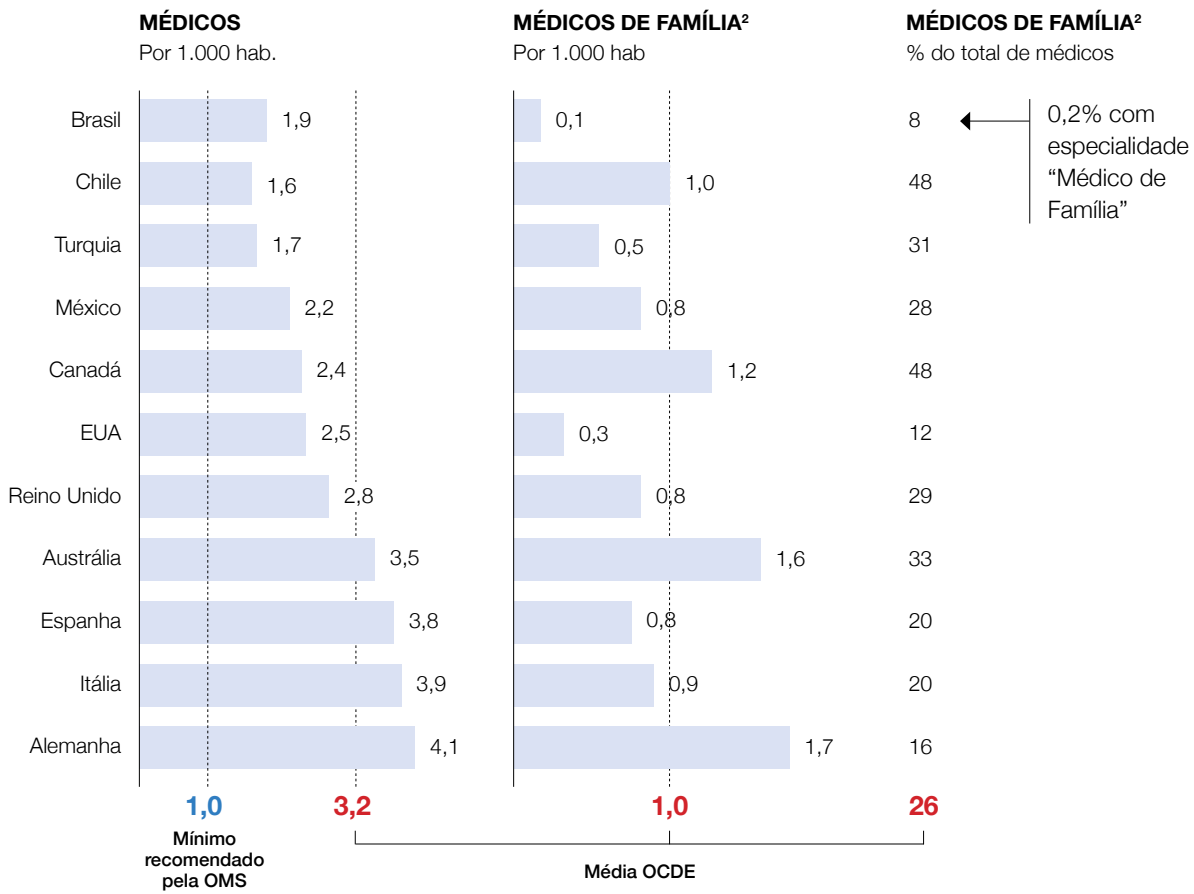
O Brasil gasta mais com média e alta complexidade do que países de referência: 67% do orçamento total são gastos com esses níveis de atenção, enquanto a média dos países da OCDE é de 55%. Naturalmente, os hospitais continuarão sendo muito relevantes, mas o país deve buscar se aproximar à média da OCDE, direcionando o restante dos recursos para a atenção básica e ambulatorial.

A atenção primária é mais eficaz para doenças crônicas, pois permite a coordenação do cuidado e acompanhamento desses casos, evitando assim internações desnecessárias. É possível evoluir significativamente na redução de internações, pois 31% das internações no Brasil poderiam ser evitadas com a expansão da atenção primária _em especial internações causadas por complicações de doenças crônicas (por exemplo, amputações em pacientes diabéticos) _por meio do fortalecimento da qualidade e avanço da atenção primária não apenas no setor público, mas também no setor privado. Em outros países, o número de internações causadas por problemas que poderiam ser combatidos pela atenção básica é significativamente menor. Por exemplo, 4% no Reino Unido e Austrália, 5% no Canadá e 8% nos Estados Unidos.

Uma dificuldade é a falta dos chamados “médicos da família” – o Brasil tem 10 vezes menos médicos dessa especialidade do que a média dos países da OCDE (Quadro 12).

QUADRO 12 - **DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS DA FAMÍLIA, BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES**

DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS DA FAMÍLIA NO BRASIL EM RELAÇÃO A OUTROS PAÍSES
2014[1]



1 Ou último dado disponível - 2 "General Practitioners", no Brasil considerado especialidade "Médico de Família" e médicos da ESF. Se considerados Clínicos Gerais total passa a 27% FONTE: OCDE, OMS, Ministério da Saúde

O setor privado está defasado em relação ao setor público no uso da atenção primária como porta de entrada, pois a vasta maioria dos médicos da família atua apenas no setor público. Internacionalmente, observamos cada vez mais a entrada do setor privado na atenção primária, como nos Estados Unidos, que têm estimulado a formação de médicos nessa especialidade, oferecendo incentivos financeiros a empresas privadas que atuam com a coordenação e a integração do cuidado, atendendo o paciente não apenas no momento da internação hospitalar, mas em toda a sua vida.

Algumas iniciativas começam a surgir no setor privado brasileiro, tais como:

- A Unimed-BH criou um plano de gate keeper 10% mais barato em que os pacientes devem passar por consulta com um clínico geral primeiro. As consultas em hospitais caíram de 32% para 17% e as consultas em consultórios cresceram mais de 50%.

- Embora não possa ter rede própria, o Bradesco Saúde conta com uma rede de parceiros de 500 profissionais de diferentes especialidades que desempenham o papel de médicos da família.

- A Amil Life conta atualmente com 13 unidades entre São Paulo e Rio de Janeiro que têm tido mais procura do que o esperado, mostrando que o cidadão vê valor nesse novo modelo.

Como mencionado anteriormente, os hospitais continuarão a ter um papel relevante. Contudo, hoje no Brasil, aproximadamente 75% dos hospitais operam abaixo da escala ideal com baixa especialização e, muitas vezes, estão isolados do sistema. Isso ocorre com hospitais privados com fins lucrativos, hospitais filantrópicos e hospitais públicos.

Globalmente, o papel dos hospitais está mudando de uma estrutura isolada para fazer parte de um sistema integrado. Passa, desse modo, a ser uma instituição central para a referência do paciente de volta ao sistema da atenção básica para que ele continue a ser acompanhado por profissionais de saúde.

Escala, especialização e emprego de tecnologias de eficiência (por exemplo, automação) estão diretamente relacionados a melhores resultados clínicos e menores custos com base em uma série de estudos e experiências internacionais. Considera-se escala ideal para estruturas de alta complexidade mais de 200 leitos, de acordo com estudo do Banco Mundial.

Sabe-se que as tecnologias podem mudar significativamente a maneira com que a saúde será oferecida no futuro. A conectividade permitirá o cogerenciamento do paciente entre diversas instituições e profissionais de saúde, soluções de Big Data permitirão análises em tempo real dos métodos de tratamento e a automação aprimorará a experiência do paciente, os resultados clínicos e a eficiência dos provedores de saúde.

No entanto, o sistema brasileiro aloca poucos recursos a soluções tecnológicas que podem melhorar drasticamente a eficiência do sistema, como é o caso de tecnologias remotas (telemedicina e monitoramento remoto de pacientes crônicos), que podem reduzir a lacuna na distribuição de recursos pelo país – por exemplo, aproximadamente 70% dos médicos especialistas se encontram nos estados do Sul e Sudeste do Brasil – e melhorar resultados do sistema a exemplo de experiências internacionais. No Reino Unido, o uso da telemedicina e do monitoramento remoto permitiu uma redução de 52% nas internações de idosos. Porém, no Brasil, limitações regulatórias reduzem o impacto potencial, como o caso da limitação imposta pelo Conselho Federal de Medicina[1].

Vale ressaltar que o uso de telessaúde no Brasil vem crescendo muito, apesar das restrições que impedem um impacto ainda maior ao alcançado até o momento. Avanços no sistema público, por exemplo, estão relacionados ao Programa Telessaúde Brasil Redes, que presta teleconsultoria entre profissionais de saúde, trabalha com tele-educação, telediagnóstico com laudos à distância e segunda opinião com biblioteca virtual. Os pontos de telessaúde cresceram 67%, de 2013 a 2015, passando de 1.726 para 4.800, sendo que os principais estados nos quais houve aumento foram: Bahia (30%), Ceará (18%) e Minas Gerais (17%).

No setor privado há um forte crescimento de startups em saúde, como as que buscam conectar pacientes com seus médicos, garantindo privacidade de dados. Também há hospitais privados que já começam a incorporar telemedicina, como o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, que utiliza uma solução para otimizar a comunicação com equipes do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, hospital público da localidade de M'Boi Mirim, em São Paulo, para aumentar o acesso a especialistas.

1. A resolução do CFM1 1.643/2002 restringe consultas médicas por telefone ou internet. Estima-se impacto de até 2% de economia do gasto total com saúde. Experiências recentes no NHS mostram impacto positivo nos desfechos clínicos (p.ex., redução de 69% de atendimento emergencial para idosos).

1.6 PRÁTICAS DE GESTÃO INEFICIENTES

O sistema brasileiro é mais centrado no médico do que os sistemas de países de referência e tem baixo uso de indicadores de desempenho. Além disso, o conhecimento de gestão na área de saúde é pouco valorizado.

Ao comparar o Brasil com outros sistemas de referência, observa-se que existem poucos incentivos para a formação de gestores na saúde brasileira e baixa valorização dos profissionais de gestão no setor.

O mercado brasileiro incentiva a formação de especialistas em detrimento de generalistas e gestores e existem poucas opções de especialização em gestão. Além disso, o setor acaba não sendo atraente para profissionais de gestão atuantes em outros setores. No Reino Unido, 78% da liderança de hospitais públicos é formada por não-médicos. Esse número é ainda maior nos Estados Unidos (95%). Ainda no Reino Unido, há aproximadamente 92 cursos de pós-graduação em gestão de serviços de saúde e, nos Estados Unidos, há aproximadamente 57 programas de dupla graduação em Medicina e Administração.

Em um sistema centrado no papel do médico existe pouca flexibilidade na utilização de profissionais não-médicos em atividades de menor complexidade _o que poderia aumentar a capilaridade do sistema, ampliando o acesso para a população. A proporção entre não médicos e médicos é três vezes menor do que em países de referência (Quadro 13).

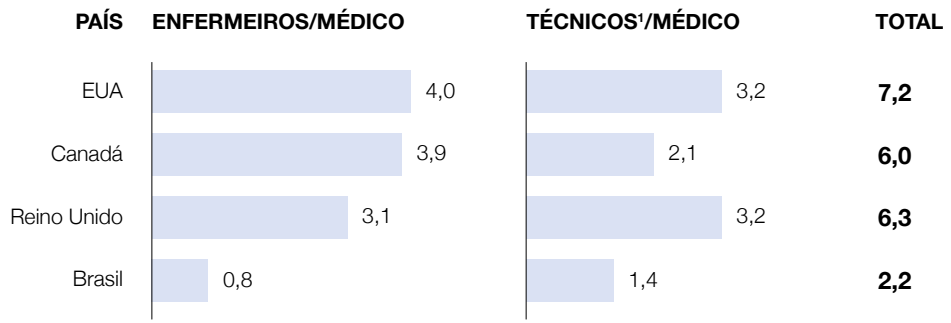
Por exemplo, no Reino Unido, mais de 50% dos partos são realizados exclusivamente por midwives – profissionais especializados na saúde reprodutiva – sem o envolvimento de um médico. Nos Estados Unidos, Austrália e Canadá profissionais técnicos realizam exames de ultrassonografia e enfermeiros especializados realizam anestesias cirúrgicas. O uso de multiprofissionais reduz o custo do sistema e aumenta o acesso.

No NHS do Reino Unido, ter o primeiro contato com o paciente por meio de enfermeiros gerou uma redução de até 2% nos gastos com atenção primária. O NHS historicamente utiliza o médico de família como porta de entrada do sistema, porém estuda-se a utilização de enfermeiros para primeiro contato e posterior direcionamento aos médicos.

Outra prática de gestão ineficiente utilizada no Brasil é a medição e divulgação de indicadores de

QUADRO 13 - **RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS E MÉDICOS, BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES**

A RAZÃO ENTRE OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E MÉDICOS É BAIXA



1 Técnicos considerados para o Brasil: auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem; Técnicos considerados para demais países: nursing aide, patient care assistant, personal care provider, home care aide, psychiatric aide, foreign health and personal care assistants
FONTE: OECD Stats 2010/informação mais próxima disponível; American Association of Colleges of Nursing website

custo e qualidade do sistema, que são muito limitadas. Isso embora se saiba que medir os indicadores adequados tem efeito positivo na eficiência de um sistema.

No Brasil, é necessário incorporar indicadores que atendam às novas necessidades do cidadão e ao planejamento adequado do sistema. Para tanto, é necessário aumentar a granularidade dos dados e investir na transparência – de fato, sistemas que implementaram maior transparência de indicadores reduziram em até 30% os índices de mortalidade e em 25% os dias de internação (por exemplo, Alemanha, Canadá, Estados Unidos).

O Quadro 14 a seguir compara o nível de granularidade dos indicadores brasileiros com os de países da OCDE.

QUADRO 14 - **NÍVEL DE GRANULARIDADE DAS PLATAFORMAS DE MONITORAMENTO DA SAÚDE**

O BRASIL NÃO ADAPTOU SEUS INDICADORES ÀS NOVAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO E DO SISTEMA

	INDICADORES	BRASIL	PAÍSES DA OCDE
CUSTOS	■ Detalhamento das categorias de custos do gasto total (%)	■ Atenção primária, média/ alta complexidade e outros gastos	■ 9 quebras, dentre elas: prevenção, ambulatório, hospitalar e home care
	■ Custo por procedimento	X	■ Canadá: Plataforma pública para calcular custos de procedimentos
QUALIDADE	■ Readmissão hospitalar após 30 dias	X	✓
	■ Tempo de espera (p.ex.: câncer)	X	✓
	■ Mortalidade	✓ Sem granularidade	✓
SATISFAÇÃO DO CIDADÃO	■ Percepção quanto à sua própria saúde e à saúde do sistema	X Apenas pesquisas pontuais, p.ex.: IBGE	■ Todos os países realizam pesquisa de percepção do cidadão periodicamente
RECURSOS PARA CUIDADOS DE LONGO PRAZO	■ Número de leitos em instituições de longa permanência para idosos	X Apenas relatórios pontuais, p.ex.: Pesquisa IPEA 2009	✓
	■ Indicadores relacionados à end-of-life care	X	✓

Indicadores granulares por estabelecimento

FONTE: OECD website

1.7 BAIXO FOCO NO DESFECHO

Diferentemente do restante do mundo, o modelo de pagamento brasileiro baseia-se na prescrição, gerando incentivos errados para o sistema. O modelo baseado no valor da prescrição é insustentável e hospitais de ponta estão migrando para modelos com maior foco no desfecho.

Hoje no Brasil, o valor defasado das consultas produz um incentivo perverso para que serviços nem sempre necessários complementem a receita _e a baixa utilização de protocolos clínicos e suporte em medicina baseada em evidência reforça essa conduta.

Não existe um modelo único que atenda todas as necessidades de um sistema, pois cada modelo estimula decisões distintas. Além disso, mudanças no modelo de pagamento são complexas e devem considerar uma implementação faseada. Sobretudo, um modelo de pagamento adequado não é suficiente – é necessário medir indicadores para criar responsabilização e promover transparência através de regulação e seu devido cumprimento para reduzir riscos e fraudes.

Os modelos mais explorados atualmente no mundo são:

- Global budget (ou orçamento global): o provedor recebe um valor fixo anual para realizar o atendimento a uma determinada região independentemente da demanda. O pagador exige que condições mínimas de atendimento sejam cumpridas.
- Capitation (ou capitação): pagamento fixo baseado na população que o provedor deverá atender o valor é calculado por pessoa e pode ser ajustado conforme nível de risco da população em questão (por exemplo, faixa etária predominante). O escopo pode ser limitado a um determinado nível de atendimento (por exemplo, atenção primária) ou atenção integrada (por exemplo, caso de Valência, na Espanha).
- Bundle payment (ou por pacote por diagnóstico): o provedor recebe um pagamento referente a um pacote de atividades que se espera que sejam realizadas com base em uma determinada condição do paciente (diagnóstico ou grupo de diagnósticos). O pacote inclui, além dos procedimentos que ocorrem dentro do hospital, a continuidade do cuidado por um tempo pré-determinado.
- Fee for service (FFS ou por procedimento): pagamento de um valor pré-determinado para cada atividade realizada pelo provedor.

O Quadro 15 mostra os modelos de pagamento mais comumente utilizados no mundo.

QUADRO 15 - **MODELOS DE PAGAMENTO MAIS EXPLORADOS ATUALMENTE NO MUNDO**

OS PRINCIPAIS SISTEMAS DE REFERÊNCIA ESTIMULAM O FOCO NO DESFECHO DE MANEIRAS DIFERENTES

	INSTITUIÇÕES	MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS	MÉDICOS ESPECIALISTAS
REINO UNIDO	■ *60% fee-for-service* ■ *40% global budget* ■ *2,5% dos contratos são associados ao desempenho*	■ Capitation para serviços básicos e FFS para serviços adicionais ■ 10% de bônus ou penalidade com base no desempenho	■ Assalariados associados ao NHS ■ FFS para Independentes
VALÊNCIA	■ *100% capitation para pacientes locais* ■ *Pagamento via DRG para pacientes fora da área de cobertura*	■ Assalariados dos gestores de saúde ■ FFS para autônomos, recebidos do paciente ou plano	■ Assalariados vinculados a gestores de saúde ■ FFS para autônomos, recebidos do paciente ou plano
HOLANDA	■ *Bundle payments (4.400 códigos)*	■ 75% capitation, 10% FFS + P4P; 15% bundle payments (inclui acompanhamento de doenças crônicas)	■ Nos hospitais bundle payment inclui honorários da equipe ■ Para autônomos: 54% FFS, 46% assalariados associados a hospitais universitários

■ **Brasil tem incentivos menos alinhados com o desfecho pois modelo "Fee For Service" sem acompanhamento de desempenho não cria responsabilização no executor**

■ **Melhores práticas para o foco no desfecho envolvem "Pay For Performance" e modelos de pagamento com maior transferência do risco de execução para o provedor**

FONTE: Adaptado de WHO 2000; Charlesworth 2012, Busse 2011; Ersättning i sjukvården: Modeller, effekter, rekommendationer (2014, SNS förlag)

A mudança para o foco no desfecho está começando a acontecer no Brasil – já existem casos de instituições pioneiras com mecanismos que promovem o foco no desfecho em detrimento à prescrição. Em estágios iniciais, algumas instituições passam a medir e acompanhar indicadores que focam no desfecho, embora ainda não haja vinculação direta com a remuneração dos provedores. Em casos mais avançados, já se inclui um componente variável na remuneração dos médicos, vinculado ao desempenho nesses indicadores.

A remuneração variável baseia-se no desempenho e alinha interesses de curto e longo prazo. ou seja, interesses de curto prazo alinhados com os provedores através de bônus geralmente trimestrais ou anuais, e de longo prazo com bônus diferido ao longo dos anos.

A principal conclusão a que se chega é a de que o Brasil precisa investir na medição de indicadores de custo, qualidade e desfecho para que seja possível estabelecer novos mecanismos de pagamento conforme o que for mais eficaz para cada nível de cuidado e região de saúde.

1.8 USO DE DADOS E INOVAÇÃO LIMITADOS

Segundo estudos, uma maior integração e inteligência no uso de dados podem resultar em ganhos de até 35% para o sistema. Existe um grande potencial para maior uso de dados e inovação em três áreas-chave apresentadas a seguir.

1. Integração e interoperabilidade de dados: a maior integração de dados torna o sistema mais eficiente, com ganhos que podem chegar a 15% de aumento de margem líquida por leito hospitalar, considerando receita/leito = R$1 milhão e 10% a 15% de margem de lucro para um hospital sem fins lucrativos.

2. Big Data e Advanced Analytics: o uso de dados pode resultar em reduções de cerca de 10% nos custos com saúde nos Estados Unidos, considerando como linha de base os custos com saúde do país em 2011, sendo as principais aplicações:

– Suporte a decisões clínicas a partir de evidências: agrega dados individuais e de pesquisa para recomendar tratamentos ideais com base nas melhores evidências clínicas.

– Modelos preditivos baseados em insights: avalia doenças, resultados e riscos entre pacientes e populações. Analisa alternativas de tratamento e resultados a fim de determinar procedimentos ideais.

– Análise em tempo real de grandes bases de dados: análise em tempo real de Big Data de genoma e métricas de desempenho de forma granular.

3. Modelos inovadores de atendimento: o uso de telessaúde pode reduzir os custos com saúde em até 2%, aumentando qualidade e acesso, considerando como base um grande país da OCDE. As tecnologias digitais permitem atender e monitorar os pacientes em formatos mais eficientes, tais como:

– Agendamento de atendimento: portais online proporcionam transparência sobre a disponibilidade dos médicos e agendamento em qualquer momento. Aumenta a utilização dos médicos e o fluxo de pacientes nos hospitais.

– Telemedicina: interface para permitir a interação remota entre médicos e pacientes por meio de compartilhamento de dados via vídeo. Aumenta o alcance geográfico do provedor e reduz custos, facilitando o acesso dos pacientes ao atendimento.

– Monitoramento remoto: dispositivos para monitorar os sinais vitais dos pacientes fora das unidades de saúde. Permite intervenções preventivas e fornece dados para análise.

– Adesão ao uso de medicamentos: dispositivos para monitorar e promover a adesão dos pacientes ao uso dos medicamentos prescritos. Aumenta a eficácia dos medicamentos e fornece dados para aprimorar pesquisas.

– Suporte ao bem-estar: dispositivos e aplicativos para monitorar a alimentação e a prática de exercícios, assim como ensinar e conectar os pacientes. Aprimora a dieta, os exercícios, a educação e o aspecto emocional.

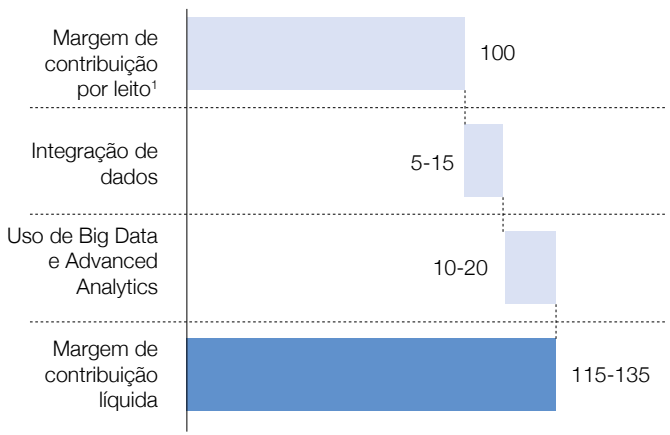
O Quadro 16 exibe o impacto potencial da integração de dados e advanced analytics no sistema.

QUADRO 16 - **IMPACTO DA INTEGRAÇÃO DE DADOS E ADVANCED ANALYTICS**

Impacto da integração de dados e advanced analytics na margem de contribuição

O IMPACTO DE MAIOR INTEGRAÇÃO DE DADOS E ALAVANCAS DE BIG DATA E ADVANCED ANALYTICS PODE CHEGAR A 35%

IMPACTO NA MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO, %



Exemplos de alavancas:

- Maior eficiência no processamento de dados
- Otimização da alocação de profissionais
- Redução da variabilidade clínica
- Medicina baseada em evidências

1 Assumindo receita/leito = $1 milhão, 10%–15% de margem de lucro para um hospital sem fins lucrativos
FONTE: Achieving ROI from EHRs: Actionable insights that can transform care delivery – McKinsey & Company

O investimento em pesquisa e desenvolvimento é importante para garantir que essas tecnologias sejam desenvolvidas. Entretanto, atualmente há pouco investimento e há lentidão nas aprovações e incorporações, reduzindo a taxa de conversão de pesquisas acadêmicas em novas tecnologias.

No Brasil, existem sistemas que fomentam o crescimento de P&D por meio de polos estratégicos de inovação, mas o país ainda está aquém da maioria dos países emergentes nesse quesito (Quadro 17).

QUADRO 17 - **POSIÇÃO DO BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES EM TERMOS DE INOVAÇÃO**

POSIÇÃO DO BRASIL EM TERMOS DE INOVAÇÃO

Competitividade em inovação[1]

	NOTA, 2009	VARIAÇÃO NOTA[2] 1999-2009	PESQUISADORES POR 1.000 EMPREGADOS	MUDANÇA % 1999-2009
Singapura	73	19	10	70
Suécia	71	11	13	38
Coréia do Sul	64	13	8	71
EUA	64	3	10	8
Reino Unido	59	9	5	-4
Japão	59	14	11	14
China	36	20	1	111
Rússia	35	15	7	0
Brasil	**30**	**4**	**1**	**67**
Índia	22	14	0	50

1 Avaliação de competitividade global em 6 grandes categorias: capital humano, capacidade de inovação, empreendedorismo, infraestrutura de TI, políticas econômicas e performance econômica 2 Para encontrar a variação da nota entre os anos de 1999 e 2009 somou-se a variação absoluta e a variação percentual e calculou-se a média. Quando avalia-se variação, é importante considerar ambas as variações pois variações absolutas frequentemente privilegiam os países desenvolvidos, enquanto a variação percentual privilegia os países em desenvolvimento

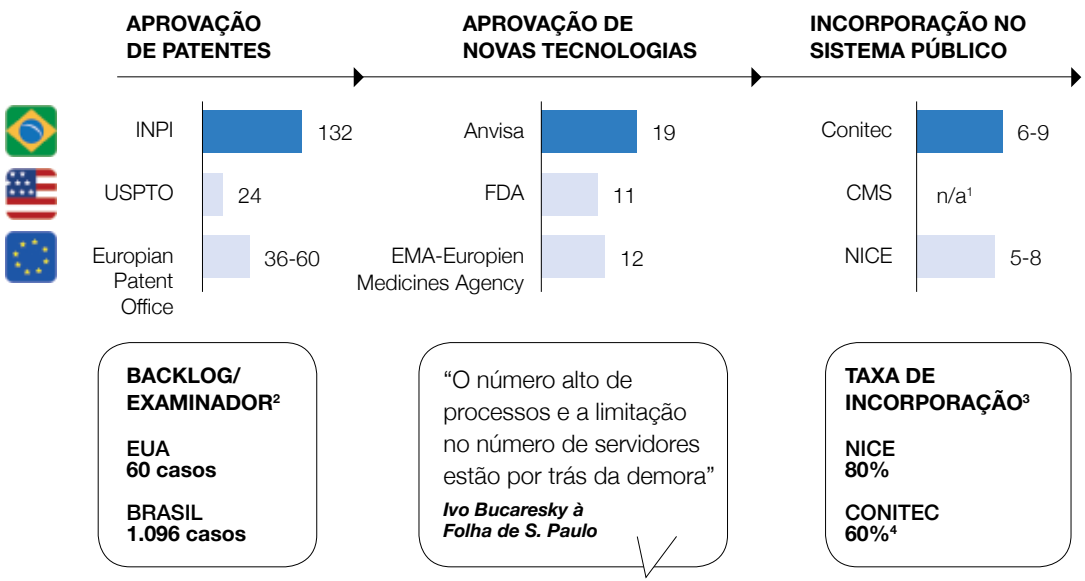
FONTE: The Atlantic Century – Benchmarking EU and U.S. Innovation and Competitiveness; Information Technology and Innovation Foundation, Feb. 2009

Para viabilizar modelos inovadores de atendimento e agilizar o processo de inovação/P&D é necessário haver eficiência regulatória. No Brasil, ainda existe grande oportunidade para agilizar o processo de aprovação de patentes e de novas tecnologias (Quadro 18).

QUADRO 18 - **PROCESSO DE APROVAÇÃO DE PATENTES E OUTRAS TECNOLOGIAS, BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES**

APROVAÇÃO DE PATENTES E DE NOVAS TECNOLOGIAS NO BRASIL

No. médio de meses para aprovação em cada etapa do processo



1 Medicare e Medicaid decidem quais as drogas e tecnologias que serão cobertas por cada plano, o que não é comparável aos demais sistemas; 2 Número de casos pendentes por examinador, 2015; 3 Comparação entre tudo o que foi avaliado e tudo o que foi incorporado pelas organizações ao longo de sua história; 4 Para medicamentos a taxa é de ~50%

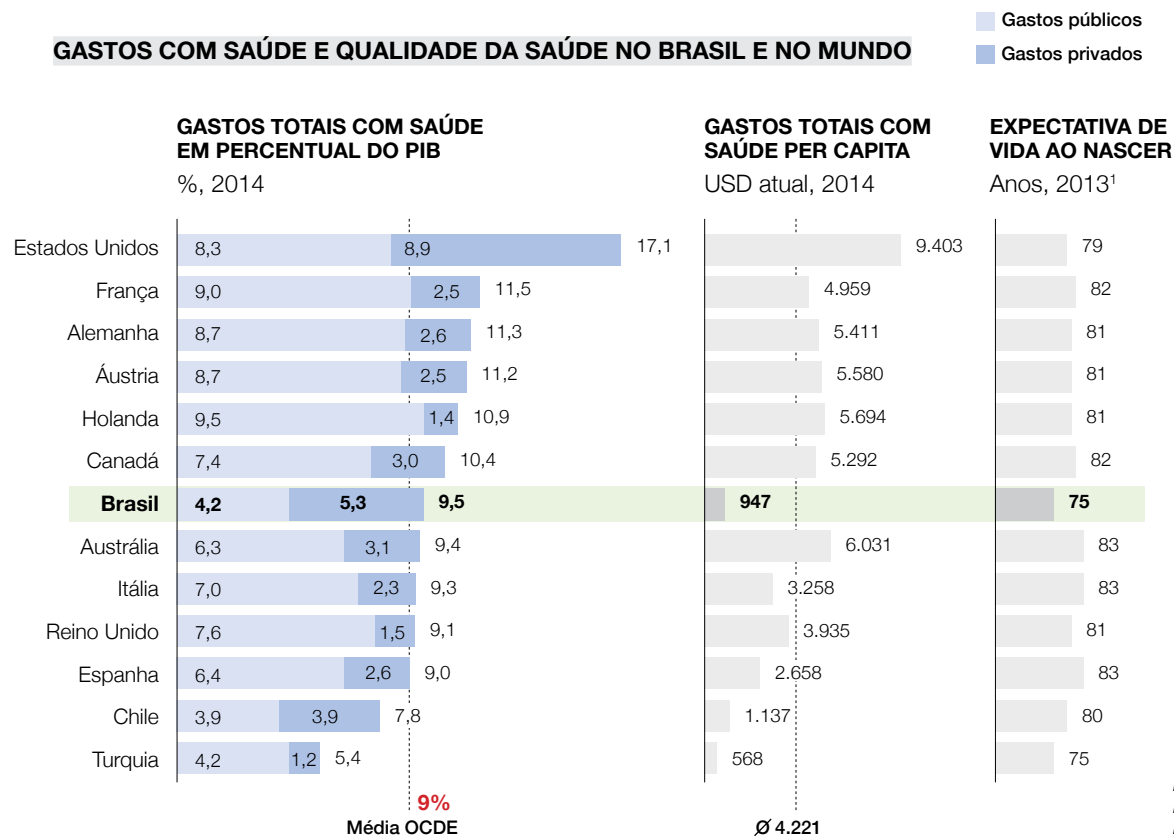
FONTE: Site do NICE Statistics; site da Conitec; site USPTO; site do INPI; site do EPO; press clippings; The New England Journal of Medicine: Regulatory Review of Novel Therapeutics — Comparison of Three Regulatory Agencies; Guia 2015 Interfarma

1.9 SUSTENTABILIDADE

Caso as condições atuais continuem inalteradas, os gastos da saúde no Brasil deverão chegar a níveis insustentáveis para todos os elos financiadores. O país gasta 9% do seu PIB em saúde, porém seus resultados ficam abaixo dos resultados de países com níveis semelhantes de gasto, o que leva a altos índices de insatisfação com o serviço prestado (Quadro 19).

QUADRO 19 - **GASTOS COM SAÚDE E QUALIDADE DA SAÚDE, BRASIL VERSUS OUTROS PAÍSES**

GASTOS COM SAÚDE E QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

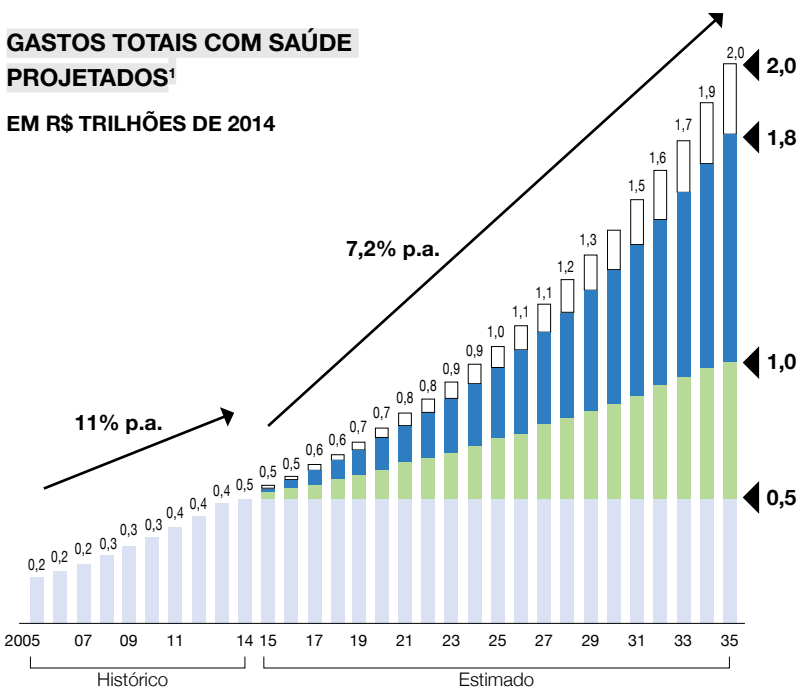


1 Último ano disponível; FONTE: OMS – Global Health Expenditure Database; OCDE

Como citado anteriormente, se nenhuma providência for tomada, os gastos com saúde deverão atingir cerca de 20% a 25% do PIB em 2030, representando um investimento adicional de aproximadamente R$ 10 trilhões (Quadro 20).

QUADRO 20 - **CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL, 2005-30**

Se nada for feito, o Brasil terá que fazer um investimento adicional de ~R$ 10 trilhões em 20 anos, correspondendo em até ~25% do PIB



CENÁRIO PROJETADO DE CRESCIMENTO DOS CUSTOS DE SAÚDE 2015-35	ADICIONAL ACUMULADO 2015-35 R$ Trilhão	PARTICIPAÇÃO NO PIB 2035 %
7,2%: crescimento similar ao do Chile1 (2004-14)	13	24%
6,6%: Brasil Aumento de custos e da taxa de utilização em linha com histórico, impactado pela mudança do perfil demográfico	11	21%
3,5%: Turquia1 (2004-14) Mesmo nível de gasto per capita e processo de envelhecimento um pouco mais avançado que o Brasil	5	11%
0% Sem crescimento	0	5%

"Olhando a situação do estado brasileiro, a **expectativa de que haverá mais aporte de dinheiro público na saúde é irreal**"

1 Em moeda local, considerando a cotação média em 2006 e 2014 para os países analisados
FONTE: OMS; IBGE; " Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde Brasileiro"; IESS 2013; análise da equipe

Os elos financiadores do sistema se encontram sob pressão:

GOVERNO:

O orçamento de saúde do governo cresce mais rápido do que a arrecadação. Apesar do corte em 2014, em 2015 os gastos voltaram a crescer de forma mais rápida do que a arrecadação. O corte de orçamento em 2014 e a manutenção do seu patamar entre 2013 e 2015 sugerem que os gastos do setor público estão próximos do seu limite. A PEC 55 traz incertezas adicionais para o financiamento público da saúde considerando a tendência de crescimento de gastos acima da inflação com a evolução da demografia e maior prevalência de doenças crônicas.

POPULAÇÃO

Os gastos com saúde das famílias cresceram 2 p.p. acima da sua renda média, já que a renda média das famílias brasileiras cresceu 5% de 2011 a 2014 e nesse mesmo período o gasto delas com saúde cresceu 7%, chegando a representar 8% do gasto mensal da família brasileira. Desse valor, 49% são dedicados a medicamentos e 30% ao plano de saúde, segundo o IBGE.

EMPREGADORES

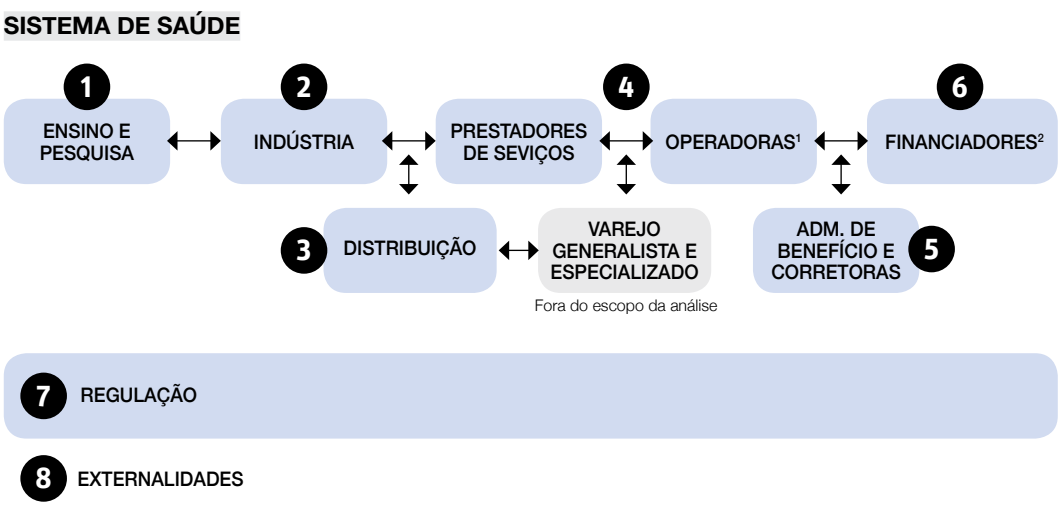
Nas empresas, os gastos com planos de saúde dos funcionários passaram de 6% para 12% da folha de pagamento entre 2002 e 2015. Os gastos com saúde são cada vez mais relevantes para as empresas e podem ser ainda maiores se considerarmos as perdas por absenteísmo. Os gastos com planos de saúde cresceram 5,5 pontos percentuais de 2002 a 2015.

2. INEFICIÊNCIAS DA CADEIA DO SETOR DE SAÚDE

Com base no entendimento das pressões que afetam o sistema de saúde brasileiro, realizou-se a conexão entre essa análise e a cadeia de saúde, de modo a concentrar mais no lado da demanda do sistema, entendendo suas ineficiências.

O Quadro 21 exibe os elementos da cadeia de valor do setor de saúde, e suas ineficiências são descritas a seguir.

QUADRO 21 - **CADEIA DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL**



1 Inclui medicina de grupo, seguradoras, cooperativas, auto-gestão, filantrópicas 2 Inclui governo, empregadores e cidadãos (gasto do próprio bolso) FONTE: Análise da equipe

1 ENSINO E PESQUISA

• Carência de profissionais formados em gestão na saúde:

– Sistemas de referência têm até 95% da liderança formada por não-médicos.

– O Brasil tem poucas opções de formação de gestores em comparação aos sistemas de referência (existem cerca de 60 opções nos Estados Unidos e cerca de 100 no Reino Unido).

• Carência de médicos da família e geriatras:

– O Brasil tem 1 médico de família por 10.000 habitantes enquanto a média da OCDE é de 10/10.000 habitantes.

– O Brasil tem 5 geriatras por 100.000 habitantes em comparação a 20/100.000 nos Estados Unidos e 10/100.000 no Reino Unido.

• A baixa qualidade da formação de profissionais leva hospitais a dedicar até 700 horas à capacitação de novos quadros.

• O Brasil está entre os países que mais publicam, mas as pesquisas têm impacto limitado e baixa conexão com as necessidades da indústria:

– O país ocupa a 15ª colocação em publicações, mas somente a 40ª colocação em citações por publicação.

– O incentivo de volume produzido não contribui para uma melhoria do indicador de impacto.

• A burocracia na aprovação de pesquisa clínica impacta a competitividade e limita o investimento no Brasil:

– O tempo de aprovação para realização de testes clínicos no Brasil é de 10-141 meses, superior ao de sistemas de referência como Estados Unidos (3 meses).

– Apesar do grande potencial, apenas 1% da pesquisa clínica é realizada no Brasil.

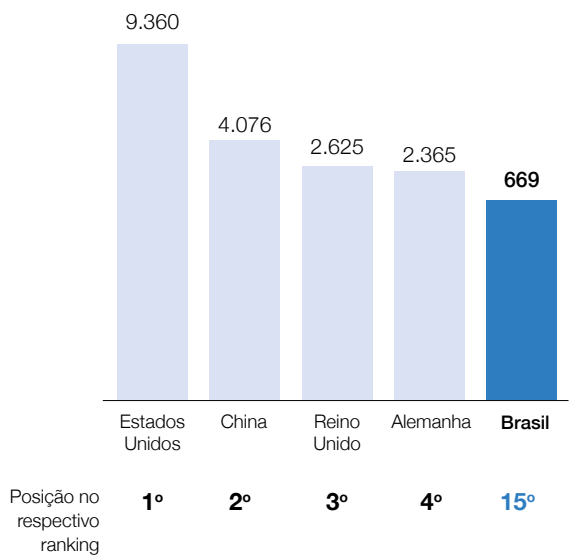
Os Quadros 22 e 23 mostram a posição do Brasil em termos de produção científica e de citações por documento, este sendo o principal indicador de impacto acadêmico.

QUADRO 22 - **POSIÇÃO DO BRASIL EM PRODUÇÃO CIENTÍFICA (1/2)**

Produção científica no Brasil – Publicações e citações

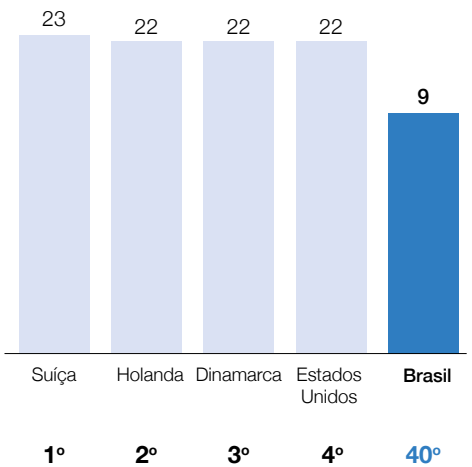
O BRASIL ESTÁ EM 15º LUGAR EM TERMOS DO NÚMERO DE PUBLICAÇÕES...

PUBLICAÇÕES POR PAÍS
1996-2015, milhares



... MAS SÓ APARECE NO 40º LUGAR EM QUANTIDADE DE CITAÇÕES POR DOCUMENTO

CITAÇÕES POR DOCUMENTO[1]
1996-2015



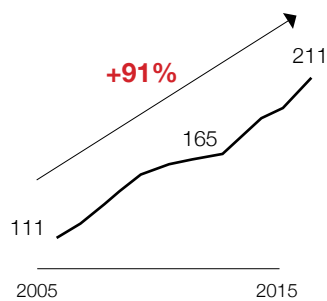
1 Apenas países com mais de 20,000 publicações
FONTE: Scimago Journal & Country Rank

QUADRO 23 - **POSIÇÃO DO BRASIL EM PRODUÇÃO CIENTÍFICA (2/2)**

Produção científica no Brasil – Patentes

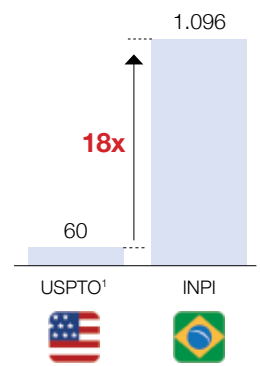
BACKLOG DE PATENTES AUMENTOU MAIS DE 90% DESDE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS...

BACKLOG DE PATENTES
Milhares de pedidos de patentes pendentes de decisão final de primeira instância



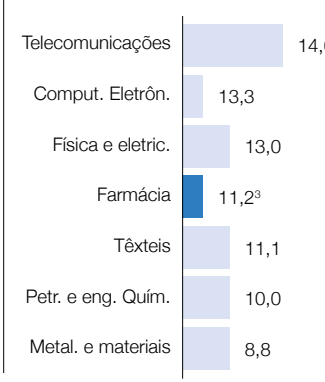
... O QUE LEVA A UM NÚMERO 18X MAIOR DO QUE OS EUA EM TERMOS DE BACKLOG A EXAMINAR POR EXAMINADOR...

BACKLOG POR EXAMINADOR
Número de casos pendentes por examinador, 2015



... COMO RESULTADO, O TEMPO MÉDIO PARA FORNECIMENTO DE PATENTES PODE SER DE MAIS DE 14 ANOS

TEMPO MÉDIO PARA CONCESSÃO DE PATENTES[2]
Em anos, por área tecnológica, 2014



1 United States Patent and Trademark Office 2 Áreas selecionadas 3 Farmácia II = 11,2, Farmácia I = 10,4
FONTE: USPTO accountability report; DIRPA; CGRH; CGPO

2 INDÚSTRIA

• Existe um desafio de acesso a medicamentos, que chegam a representar 50% do gasto médio direto com saúde do brasileiro.

• O Brasil tem um backlog de aprovação de patentes 18 vezes maior do que os Estados Unidos e prazo superior a 10 anos.

• O tempo médio de aprovação de novas tecnologias pela ANVISA é bem maior do que o de sistemas de referência:

– 19 meses para ANVISA versus 11 a 12 meses nos Estados Unidos e Europa.

– Existe um gargalo adicional para inspeção de fábrica, obrigatória para produtos classes 3 e 4.

• A taxa de avaliações favoráveis à incorporação de novos produtos e medicamentos pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias) é inferior à de sistemas de referência:

– A taxa média desde a criação da agência foi de cerca de 60% na CONITEC vs. cerca de 80% no NICE.

– Quando analisadas as demandas de fora do governo, a taxa de incorporação é de 20-30%.

• A burocracia para importação dificulta a inserção do Brasil nas cadeias globais de produção.

• A carga tributária é considerada elevada em comparação a outros segmentos da economia e outros países:

– A carga tributária total é de 34% para medicamentos vs. 32% para uma refeição em restaurante ou 28% para embarcações.

– Alíquota para medicamentos que requerem prescrição é de 28% enquanto nos sistemas de referência é de 0-6%.

3 DISTRIBUIÇÃO

• Apesar da alta participação dos distribuidores no mercado de saúde, falta um modelo para os prestadores controlarem seus fornecedores, pois 81% dos hospitais não classificam nem controlam seus fornecedores e terceiros.

• Falta de confiança entre elos da cadeia obriga distribuidores a manterem reserva de até 5x seu faturamento em capital de giro. Hoje, a maior parte dos distribuidores paga o fornecedor em 30-45 dias mas recebe em até 120-150 dias.

• Distribuidores são responsáveis por adquirir e realizar manutenção de instrumentais básicos, mas não recebem as taxas respectivas (Ex.: taxa de vídeo para Artroscopia).

4 PRESTADORES DE SERVIÇO E OPERADORAS

• Materiais e medicamentos têm participação desproporcional na margem dos prestadores: representam 25% dos custos, porém 42% das receitas.

– Materiais representaram 10% dos custos e 19% das receitas em 2015.

– Medicamentos representaram 10% dos custos e 17% das receitas em 2015.

• O sistema não incentiva foco na entrega de valor para a sociedade (desfecho, qualidade, custo):

– Modelo de pagamento predominantemente fee for service sem uso de métricas de criação de valor e protocolos clínicos adequados incentiva a prescrição.

– Falta transparência de KPIs e visão compartilhada/ benchmark de custos hospitalares (público e privado).

• Baixa integração de dados e serviços para o paciente.

• Serviços pouco orientados para a mudança no perfil da demanda:

– 40% da população brasileira possui alguma doença crônica e o número de pessoas acima de 60 anos de idade deve dobrar até 2030, chegando a mais de 40% do total.

• A participação do setor privado na atenção primária ainda é incipiente.

• Faltam planejamento integrado e coordenação entre público e privado.

• Municípios possuem responsabilidades maiores do que sua capacidade de execução.

• A maior parte dos hospitais opera abaixo da escala e ocupação ideal:

– No Brasil, cerca de 80% dos hospitais têm menos de 50 leitos.

– A ocupação média de 52% fica abaixo da média da OCDE, de 77%.

O Quadro 24 a seguir sugere ferramentas básicas para que o fee-for-service seja um modelo mais sustentável em termos financeiros, minimizando os efeitos da superutilização.

QUADRO 24 - **ALICERCES PARA MELHOR APLICAÇÃO DO FEE-FOR-SERVICE**

Alicerces para uma melhor aplicação do modelo de remuneração fee-for-service

MODELO COMUM DE REMUNERAÇÃO DE MÉDICOS EM CLÍNICAS E HOSPITAIS

- Nos países investigados o modelo foi sempre parecido:

– Setor Público: profissionais assalariados

– Setor Privado: principalmente fee-for-service (com alguma presença de profissionais assalariados)

NO ENTANTO, O FEE-FOR-SERVICE PRECISA DE 3 ALICERCES ESSENCIAIS PARA INCENTIVAR UMA UTILIZAÇÃO EFICIENTE DOS RECURSOS E EXCELÊNCIA CLÍNICA

CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS BEM CONHECIDOS

- Conhecimento claro e separação completa dos custos com médicos dos outros custos do procedimento (p.ex. infraestrutura, insumos)
- Negociação dos valores pagos por procedimentos com base nos custos
- Normalmente os sistemas públicos, ou que servem o governo, são obrigados a reportar os custos, mas em alguns casos o próprio sistema privado também tem essa obrigação (p.ex., Holanda)

PAGAMENTOS SEPARADOS PARA MÉDICOS E HOSPITAIS

- Idealmente, o pagador deve fazer um pagamento diretament ao médico (referente aos seus honorários) e outro ao hospital (referente ao procedimento) para evitar que o médico sejaincentivadoa utilizar mais recursos do que o necessário. Isso já acontece na maioria dos países da Europa

INCENTIVOS À MELHOR PERFORMANCE

- Incorporação de mecanismos de pay for performance que incentivem médicos e hospitais a economizar nos custos e obter excelência clínica ao mesmo tempo
- Nos EUA, tanto hospitais como médicos recebem um bônus quando concluem um procedimento com custo inferior ao projetado

FONTE: Entrevistas com especialistas; análise da equipe

5 ADMINISTRADORES DE BENEFÍCIOS

• Administradoras e corretoras priorizam a intermediação comercial e a gestão processual, com alguns players atuando de forma mais abrangente (ex.: gestão de redes, gestão de crônicos, segunda opinião médica).

6 FINANCIADORES

• A PEC 55 gera incertezas sobre as fontes de financiamento do SUS, considerando a baixa estabilidade de fontes de recursos no passado.

• Com o envelhecimento da população e perfil atual de gastos por paciente/cidadão os gastos de saúde chegarão a mais de 20% do PIB até 2035.

• Os gastos com saúde das empresas dobraram nos últimos 10 anos, pressionando o sistema: passaram de 5,5% para 11,5% da folha de pagamentos entre 2002 e 2015.

7 REGULAÇÃO

• Falta adoção consistente de protocolos de referência nacional baseados em evidência clínica para orientar as decisões dos profissionais de saúde.

• O processo de incorporação tecnológica da CONITEC ainda é pouco participativo e transparente, sem visão de horizonte tecnológico.

• Existe uma limitação regulatória para uso de novas tecnologias e modelos de atenção (por exemplo, restrição à telemedicina).

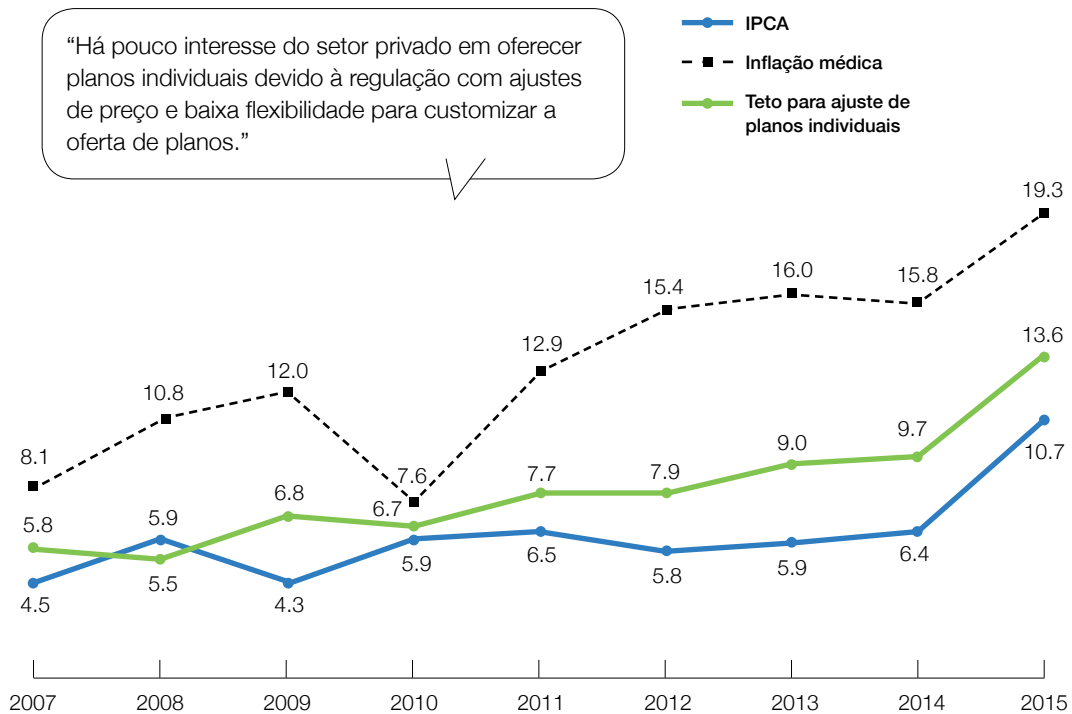
• Existem incertezas regulatórias e jurídicas que limitam a oferta de planos privados de saúde para indivíduos. Por exemplo, o reajuste anual para planos individuais imposto pela ANS tem ficado abaixo da inflação médica, o que torna sua oferta menos atrativa para as operadoras.

O Quadro 25 a seguir mostra a evolução dos ajustes realizados em planos individuais em relação à inflação médica no período de 2007 a 2015.

QUADRO 25 - **AJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS VS. INFLAÇÃO MÉDICA**

Reajustes dos planos individuais vs. inflação médica 2007-2015

TETO PARA REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS VS. INFLAÇÃO, %



FONTE: ANS; IESS; IBGE

8 EXTERNALIDADES:

• O Brasil tem grandes deficiências em saneamento:

– O índice de tratamento de esgoto varia de 15% a 45% em função da região.

• O perfil da demanda por saúde está mudando:

– O número de pessoas acima de 60 anos de idade deve triplicar até 2030.
– Os brasileiros com alguma doença crônica já são 40%.

• A falta de hábitos saudáveis afeta um número significativo de brasileiros:

– 20% da população consome álcool em excesso.
– 18% dos brasileiros são obesos.

• O Brasil tem alto índice de mortes por causas externas (7º país do mundo em mortes violentas) e doenças infecciosas persistentes (como por exemplo, dengue e zika).

CAPÍTULO 2

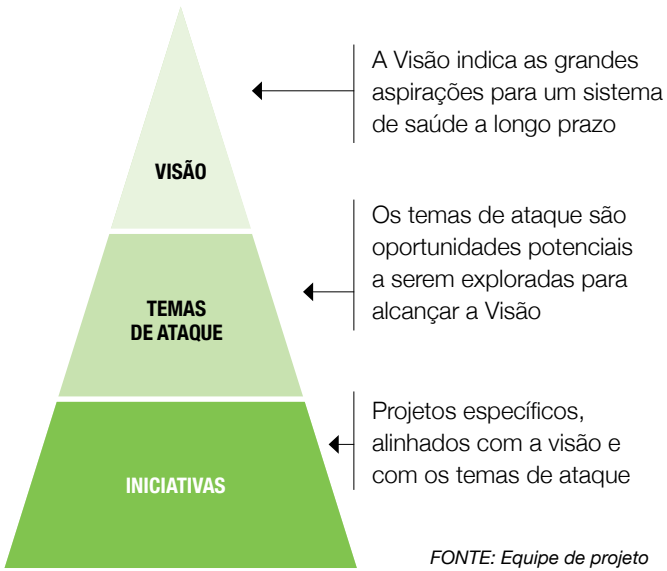
visão e temas de ataque

OPORTUNIDADES, INICIATIVAS E REALIDADE

Com base no entendimento do cenário atual, apresentado no capítulo anterior deste documento, estabeleceu-se a visão para o futuro do sistema de saúde, os temas de ataque que respaldam a visão, as oportunidades de melhoria do sistema e as iniciativas que podem ser executadas para tornar a visão uma realidade (Quadro 26).

QUADRO 26 - **CONCEITO METODOLÓGICO DA VISÃO, TEMAS DE ATAQUE E INICIATIVAS**

OS TEMAS DE ATAQUE E AS INICIATIVAS SUPORTAM A VISÃO DO SISTEMA DE SAÚDE



FONTE: Equipe de projeto

As visões de sistemas de referência e os princípios do SUS serviram de insumo para a construção de propostas de visão para a saúde do Brasil. Durante o segundo workshop, mais de 70 respostas foram elaboradas ao se perguntar aos participantes qual poderia ser o texto da visão. Nas respostas, algumas palavras-chave puderam ser identificadas, como se pode ver na Figura 4.

FIQURA 4 - **PALAVRAS-CHAVE CITADAS PELOS PARTICIPANTES DO SEGUNDO WORKSHOP**

Em sua opinião, qual deveia ser a visão de longo prazo para o sistema de saúde do brasil que este grupo deveria perseguir?

Após interações com associados do Instituto Coalizão Saúde e outros atores do sistema de saúde, e com base em entrevistas e em dois workshops presenciais, adotou-se a seguinte visão para o Brasil: "Teremos um sistema de referência em qualidade, sustentabilidade, com maior participação dos cidadãos, assegurando o cumprimento dos princípios do SUS a partir de atuação coordenada dos setores público e privado."

Para organização posterior das iniciativas que suportariam a visão, foi importante definir eixos centrais de ação, chamados "temas de ataque". Como inspiração, alguns sistemas de referência foram estudados. Na Alemanha, por exemplo, após a definição do ponto de partida, foram gerados seis grupos de oportunidades, ou temas potenciais, para alcançar a visão. Já o Japão definiu sua visão em torno de três grandes temas, e a Inglaterra estabeleceu sua visão para 2040 utilizando os três pilares discutidos em parceria com o Fórum Econômico Mundial. Como exemplo, o Quadro 27 a seguir traz a Visão 2040 e os temas de ataque do sistema inglês.

QUADRO 27 - **VISÃO 2040 E TEMAS DE ATAQUE PARA ALCANCE DA VISÃO NO SISTEMA INGLÊS**

A Inglaterra estabeleceu sua visão para 2040 utilizando três pilares discutidos em parceria com o World Economic Forum

INCORPORANDO DADOS PARA TRANSFORMAR A SAÚDE	INOVAÇÃO NA ENTREGA DA SAÚDE	CONSTRUINDO CIDADES SAUDÁVEIS DO SÉC. XXI	
■ Os modelos de atenção serão dinâmicos e baseados em inovação	■ Os pacientes terão escolhas de verdade com base em informações	■ Os cidadãos serão empoderados e informados para cultivar o foco em bem-estar e prevenção	■ Investimentos e decisões serão definidos por dados

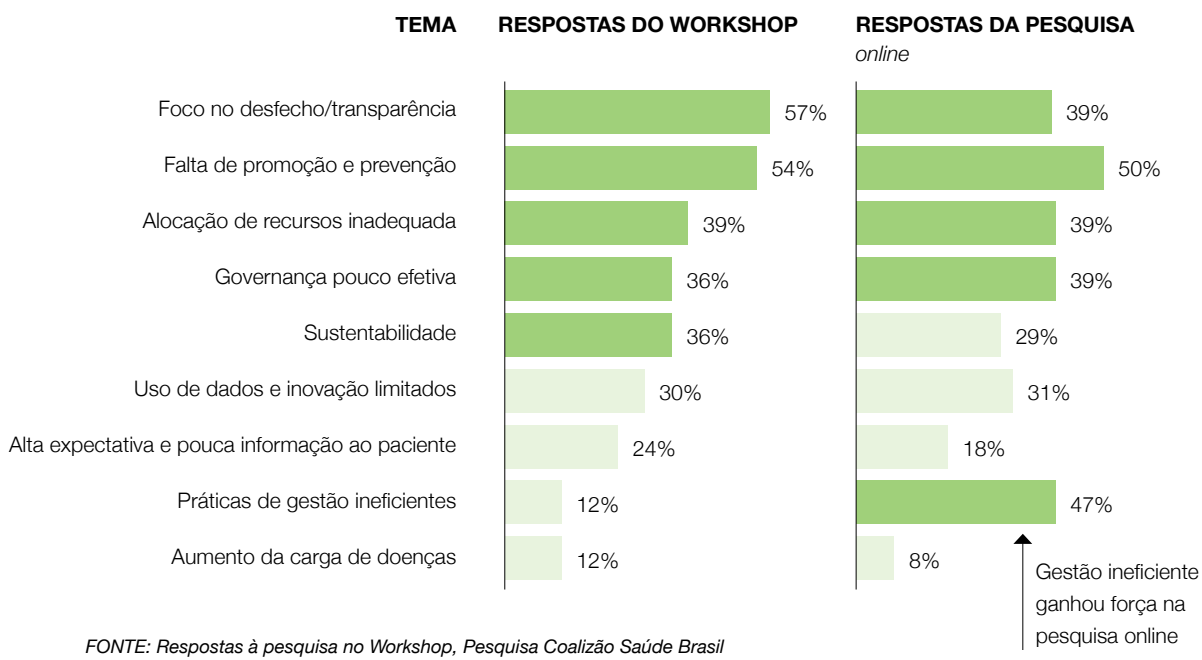
FONTE: Sustainable Health Systems, Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios – World Ecenomic Forum em colaboração com a McKinsey & Company, 2013

Também foram observados os resultados de duas pesquisas de escolha de temas realizadas com os participantes, cujos resultados podem ser observados no Quadro 28 a seguir.

QUADRO 28 - **RESULTADOS DAS PESQUISAS COM PARTICIPANTES (1O WORKSHOP E ONLINE)**

Os temas levantados na pesquisa online ficaram bastante alinhados com a pesquisa realizada durante o último workshop

% DOS PARTICIPANTES QUE ESCOLHERAM O TEMA COMO UMA DAS SUAS 3 PRIORIDADES



FONTE: Respostas à pesquisa no Workshop, Pesquisa Coalizão Saúde Brasil

Combinando os insights de cada fonte de informação identificamos 8 temas de ataque para suportar a visão do sistema de saúde do Brasil (Figura 5).

FIGURA 5 - **TEMAS DE ATAQUE PARA SUPORTAR A VISÃO PARA O BRASIL**

O PROTAGONISMO DE SETOR PRIVADO É FORÇA MOTRIZ PARA ALCANÇAR A VISÃO DA SAÚDE DO BRASIL

CAPÍTULO 3

menu de iniciativas

DO CIDADÃO À SOCIEDADE

A seguir apresentamos o menu de iniciativas correspondentes a cada tema de ataque identificado.

CIDADÃO EDUCADO – impulsiona a promoção da saúde.

A. Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador.

CUIDADO INTEGRADO E MAIS PRÓXIMO DO CIDADÃO – promove prevenção e qualidade.

B. Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando medicina da família e uso de multiprofissionais.

C. Ampliar o acesso a medicamentos e garantir maior adesão a tratamentos.

D. Viabilizar modelos mais flexíveis de planos de saúde privados para ampliar o acesso ao cidadão.

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO CENTRADAS NO CIDADÃO – promovem acesso e integração.

E. Estimular e realizar pilotos de modelos inovadores de atenção.

F. Diagnóstico precoce de doenças através de modelos preditivos, aumentando a assertividade das ações de saúde.

G. Construir uma agenda nacional para inovação, respaldada por uma maior agilidade regulatória e maior integração da pesquisa acadêmica com a cadeia.

CIDADES SAUDÁVEIS – promovem bem-estar.

H. Ampliar ações intersetoriais (saneamento, segurança e habitação) por meio de parcerias com o setor privado.

ATENÇÃO AO IDOSO E DOENÇAS CRÔNICAS – promove a longevidade e o foco na saúde.

J. Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico.

DECISÕES BASEADAS EM CRIAÇÃO DE VALOR PARA A SOCIEDADE – promovem alinhamento de incentivos e maior custo-efetividade.

L. Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional.

M. Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento buscando maior alinhamento de incentivos.

N. Considerar coparticipação como forma de incentivar a utilização racional dos recursos do sistema.

TRANSPARÊNCIA DE DADOS E ÉTICA – promove conscientização e confiança entre os elos da cadeia.

O. Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado.

P. Integrar dados do paciente de forma centralizada por meio de prontuário eletrônico.

Q. Aumentar a transparência das informações entre instituições por meio de acordos espontâneos e práticas compartilhadas de compliance.

GOVERNANÇA INTERSETORIAL E GESTÃO PROFISSIONAL – promovem maior eficiência do sistema.

R. Reorganizar o sistema de redes de atenção na busca de maior eficiência e escala.

S. Criar modelos menos burocráticos, juridicamente seguros, mais eficientes e transparentes para contratação do setor privado pelo público.

T. Rever papel dos distribuidores e administradores de benefícios, agregando mais valor para a cadeia.

U. Capacitar líderes da saúde em gestão e atrair profissionais de outros setores buscando incorporar novos conhecimentos (por exemplo, método Lean).

CAPÍTULO 4

detalhamento das iniciativas priorizadas

INDO A FUNDO NAS DIFERENTES EXPERIÊNCIAS

Com base na priorização das iniciativas pelo grupo, por meio da pesquisa online, e na relevância de determinadas iniciativas em sistemas de referência, foram priorizadas 11 iniciativas para detalhamento, cujos resultados são demonstrados a seguir.

A. Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador.

Para estimular os cidadãos a se tornarem responsáveis pela própria saúde, é necessária uma mudança cultural que envolve:

- **Role modeling (exemplo a ser seguido):** ter referências para a promoção da saúde, por exemplo, dentro das empresas, onde os adultos passam a maior parte do seu tempo.
- **Promoção da compreensão:** compreender a importância do cuidado com si mesmo, por exemplo, desde a escola.
- **Mecanismos formais de reforço:** ter incentivos financeiros ou não financeiros para mobilizar os cidadãos, oferecidos, por exemplo, pelas operadoras de planos de saúde privados ou por parceiros do governo.
- **Desenvolvimento de competências:** ter plataformas acessíveis de conhecimento e informações sobre saúde. Por exemplo, plataformas do governo ou privadas para a população em geral ou direcionadas a grupos de interesse.

A escola é um ambiente-chave nessa mudança. No exemplo dos Estados Unidos, a principal mudança atualmente está na alimentação (Quadro 29).

QUADRO 29 - **LEGISLAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO NAS ESCOLAS, ESTADOS UNIDOS VERSUS BRASIL**

Exemplo dos EUA – Escolas como ambientes-chave para melhorar a saúde

CONTEXTO NO BRASIL

- Projeto de Lei que **proíbe** a venda de refrigerantes e alimentos com alto teor calórico em escolas **está em trâmite na Câmara desde 2013**
- O assunto é **discutido há mais de 8 anos** no Congresso, sem resultados até o momento

NOS EUA, EXISTE UM MOVIMENTO MAIS RÁPIDO E FORTE NO CONTROLE DA ALIMENTAÇÃO NAS ESCOLAS

ANO DE INTRODUÇÃO	REGULAMENTAÇÃO FEDERAL
2011 – Introdução	■ **Autorregulamentação** restringindo a publicidade para crianças: define os limites na quantidade de calorias, açúcar, sódio e gordura saturada que alimentos e bebidas anunciadas para crianças podem ter[1]
2013 – Proposta 2014 – Introdução	■ **Iniciativa Smart Snacks in School** – refrigerantes não podem ser vendidos para crianças - apenas escolas de ensino médio podem servir bebidas zero caloria ou com até 60 calorias ■ Integra a **regulamentação que limita gordura, calorias, açúcar e sal nos alimentos** servidos nas escolas (5 a 18 anos) participantes dos programas National School Lunch Program e School Breakfast Program

1 Deu tempo às empresas – mais de 2 anos – para que se ajustassem e mudassem as receitas dos produtos anunciados para crianças que excediam os limites definidos; o esforço envolve vários grandes produtores de alimentos e bebidas nos EUA
FONTE: Imprensa; site da Câmara dos Deputados do Brasil; materiais governamentais dos EUA

B. Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando a medicina da família e uso de multiprofissionais

Globalmente, a atenção primária vem sendo cada vez mais valorizada e expandida. O Brasil deveria se adaptar para seguir essa tendência por meio das seguintes ações:

- Ampliar a atenção primária, expandindo-a de maneira significativa no **setor privado**.
- Aumentar a capilaridade da atenção primária com o **uso de multiprofissionais**.
- **Valorizar o médico de família** e adaptar a formação médica no país para viabilizar esse movimento.

O setor privado está aquém do setor público no uso da atenção primária como porta de entrada, mas já podemos observar pilotos de sucesso. Mundialmente, o setor privado evolui para um sistema de atenção primária como o integrador do cuidado, e estimular a atenção primária é prioridade inclusive no Estados Unidos pós-reforma – país onde o sistema é majoritariamente privado – através do incentivo para atores privados formarem ACOs (Accountable Care Organizations).

Estudos demonstram que multiprofissionais são importantes para suprir a demanda crescente gerada pelo foco na atenção primária (Quadro 30).

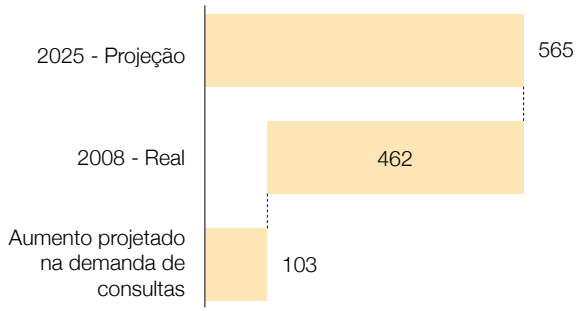
QUADRO 30 - **CRESCIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ESTADOS UNIDOS E UTILIZAÇÃO DE MULTIPROFISSIONAIS**

Estudos mostram que multiprofissionais são importantes para suprir a demanda crescente gerada pelo foco na atenção primária

As consultas na atenção primária devem crescer drasticamente nos próximos 10 anos, exigindo maior número de profissionais atuando na área

PROJEÇÕES DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

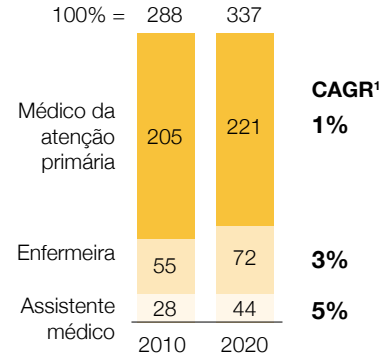
Milhões



Não médicos representarão mais de um terço da força de trabalho na atenção primária...

PROJEÇÕES DE EMPREGADOS

Empregados em tempo integral (mil)



Considerar quais opções de profissionais de saúde são mais adequados para prestar serviços de saúde em diferentes cenários de atenção determinará a criação de profissões e mudança no escopo das práticas profissionais

1 Compound Annual Growth Rate, ou Taxa de Crescimento Anual Composta
FONTE: Projecting the Supply and Demand for Primary Care Practitioners through 2020 in brief - http://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/primarycarebrief.pdf; Ann Fam Med 2012;10:503–9.

Contrário às tendências globais, o Brasil aproveita pouco os multiprofissionais para ampliar a capilaridade do sistema.

O mundo já se adaptou para formar mais médicos de família e valorizar a profissão, enquanto o Brasil continua atrasado. Países com sistema de cobertura universal já valorizam o médico de família e outros países também começam a seguir esse caminho, como mostra o Quadro 31 a seguir.

QUADRO 31 - **PRESENÇA DO MÉDICO DE FAMÍLIA EM PAÍSES COM COBERTURA UNIVERSAL**

Países com sistema de cobertura universal já valorizam o médico da família, e outros países começam a seguir esse caminho

PRESENÇA DO MÉDICO DA FAMÍLIA EM PAÍSES COM SISTEMA DE COBERTURA UNIVERSAL

	REGISTRO COM MÉDICO DA FAMÍLIA (GP[1]) OBRIGATÓRIO	USO DO MÉDICO DA FAMÍLIA (GP[1]) COMO GATE KEEPER
	✓	✓
	✓	✓
	✓	X
	X	✓
	X	✓
	X	✓

EUA BUSCAM AUMENTAR O NÚMERO DE MÉDICOS DA FAMÍLIA

- Nos EUA **apenas 12%** dos médicos são considerados médicos da família (ou GPs)
- A prioridade do governo pós-reforma é **estimular a atenção primária e a medicina da família**, para tal:

– Incentivo para que as empresas de saúde (ex. ACOs2) **aumentem o salário** desses médicos; em 2015, o aumento foi de **13% (maior do que qualquer outra especialidade)**

– Nos últimos anos, médicos da família **estão no topo da lista de vagas para contratação** no mercado americano

– Transição do modelo de pagamento dos maiores pagadores para um **modelo mais focado em valor do que volume**

1 General Practitioner (ou clínico geral) 2 Accountable Care Organizations FONTE: 2015 International Profiles of Healthcare Systems (London School of Economics e Commonwealth Fund), Association for American Family Physicians

Embora os Estados Unidos não tenham um sistema de cobertura universal, também buscam aumentar o número de médicos da família – hoje, apenas 12% dos médicos são considerados pertencentes a essa categoria. A prioridade do governo pós-reforma é estimular a atenção primária e a medicina da família. Para tanto, tomou as seguintes ações: (i) incentivo para que as empresas de saúde aumentem o salário desses médicos – em 2015, o aumento foi de 13%, maior do que em qualquer outra especialidade; (ii) nos últimos anos, os médicos de família estão no topo da lista de vagas para contratação no mercado norte-americano; e (iii) transição do modelo de pagamento, dos maiores pagadores, para um modelo mais focado em valor do que em volume.

No Brasil, o setor privado está atrás do setor público no uso da atenção primária como porta de entrada, mas já é possível observar pilotos de sucesso, como planos de saúde que oferecem descontos aos clientes que optarem por visitar um clínico geral, em vez de ir diretamente a um especialista.

No entanto, na contramão das tendências globais, o Brasil aproveita pouco os multiprofissionais para ampliar a capilaridade do sistema, desafio que é exacerbado pelo fato de termos uma baixa razão entre profissionais não-médicos versus médicos. No país, a razão de não-médicos para médicos é de 2,2, enquanto na Inglaterra é 6,3 e nos Estados Unidos chega a 7,2. A mudança para um modelo mais focado na atenção primária exigirá, portanto, um esforço de treinamento e adaptação na formação atual de médicos e multiprofissionais.

C. Ampliar o acesso a medicamentos e garantir maior adesão a tratamentos

As políticas de acesso a medicamentos englobam quatro aspectos relevantes:

- **Abrangência da cobertura:** definição dos medicamentos incorporados ao sistema com base em evidências.
- **Política de compra:** estratégias nacionais de compra.
- **Mecanismos de financiamento:** programas para gratuidades e copagamentos.
- **Gestão de dados de uso:** acompanhamento de indicadores de prescrição adequada com base em protocolos clínicos e acompanhamento de adesão ao tratamento.

A população brasileira gasta cerca de 50% do seu orçamento de saúde com medicamentos, mais do que os países de referência como Austrália (38%), Reino Unido (34%) e Canadá (21%). O Programa Farmácia Popular garante a qualquer cidadão brasileiro preços reduzidos para determinados medicamentos e ainda oferece medicamentos gratuitos conforme listas do governo (por exemplo, componente básico, especializado ou estratégico), sendo 76% medicamentos gratuitos e 23% com copagamento.

Na Austrália, estabelece-se um limite de gastos para a população por prescrição e por ano. Isso acontece também no Reino Unido, com coparticipação limitada por prescrição ou por trimestre para tratamentos contínuos, havendo ainda programas de gratuidade para a população vulnerável.

No Reino Unido, existe uma política de compra bastante elaborada através do PPRS - Pharmaceuticals Price Regulation Scheme. Trata-se de um acordo não contratual negociado entre o Departamento de Saúde e a Associação da Indústria Farmacêutica Britânica, à qual 131 empresas aderiram voluntariamente, com o objetivo de equilibrar preços aceitáveis ao NHS _com retorno justo para que a indústria continue tendo capacidade de investimento em P&D. Utiliza-se um mecanismo de recomendação de preços baseado em valor para a sociedade – aumentos de preços e descontos são recomendados com base no valor clínico (efetividade para o paciente) e/ou tamanho da base de beneficiados. Considera-se a avaliação do custo-efetividade realizada pelo NICE e agências pares no Reino Unido e regula-se o lucro global que as empresas possam ter com vendas ao NHS (a porcentagem considera o investimento em P&D) estabelecendo uma margem de tolerância de 50% e negociando a taxa de aumento anual dos preços permitida.

Por fim, para garantir adesão ao tratamento é necessário combinar acesso, educação e mecanismos de acompanhamento. O Quadro 32 a seguir exibe os principais motivos para a não adesão aos tratamentos.

QUADRO 32 - **MOTIVOS PARA A NÃO ADESÃO A TRATAMENTOS COM MEDICAMENTOS**

Para garantir adesão ao tratamento é necessário combinar acesso, educação e mecanismos de acompanhamento

MOTIVOS PARA A NÃO ADESÃO

% DE RESPONDENTES

DIMENSÕES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO

1. Custo dos medicamentos
2. Transição do cuidado (p.ex., alta hospitalar, pouca confiança no médico)
3. Falta de entendimento quanto à gravidade/ necessidade do tratamento
4. Complexidade do tratamento e/ou efeitos colaterais
5. Medos e outros fatores psicológicos do paciente

FONTE: Prime Therapeutics, Harris Interactive

As dimensões que influenciam a adesão são relacionadas a custo, fatores psicológicos do paciente _como não acreditar na eficácia do medicamento_ falta de compreensão quanto à gravidade da doença ou à necessidade do tratamento, entre outras. Mas hoje existem soluções digitais que podem ajudar na adesão ao tratamento. Por exemplo, nos Estados Unidos criou-se um sistema de transmissão de dados da cápsula do remédio para um sistema que aumenta o nível de alertas (de alertas sonoros a visuais para membros da família ou profissionais de saúde), o que tem aumentado a taxa de adesão para aproximadamente 86%.

E. Estimular e realizar pilotos de modelos inovadores de atenção

Novos modelos de atenção impactam em qualidade, satisfação e sustentabilidade financeira do sistema durante toda a jornada do paciente ao longo dos níveis de atenção.

- **Atenção primária:** digitalização do atendimento, atendimento por telefone para triagem e encaminhamentos e monitoramento remoto de doenças crônicas.
- **Atenção secundária:** "fábricas" especializadas que realizam procedimentos em ambientes mais eficientes em termos de custo do que hospitais, sem necessidade de internação e com melhores resultados devido à especialização, contando ainda com unidades móveis com esse mesmo objetivo.
- **Atenção terciária:** "fábricas" especializadas na produção em massa de cirurgias replicáveis e consultorias virtuais entre profissionais de diferentes níveis de especialização.
- **Cuidado com idosos:** atenção domiciliar (home care), monitoramento e consultas remotas.

Os Quadros 33 e 34 a seguir trazem exemplos de modelos inovadores de atenção no México e no Reino Unido.

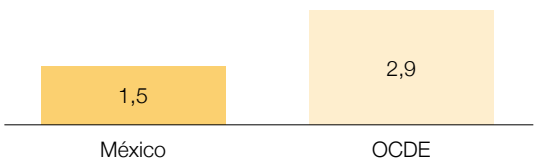
QUADRO 33 - **CASO DA MEDICALL NO MÉXICO**

O Medicall oferece serviços de saúde por telefone no México, onde a oferta de profissionais da área é relativamente baixa

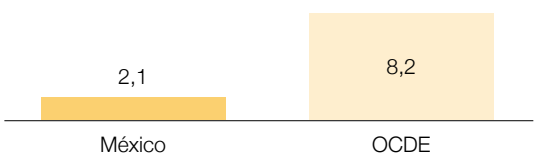
O MÉXICO APRESENTA BAIXA OFERTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE...

- Exames médicos básicos eram feitos somente por médicos e de forma presencial
- No entanto, a oferta de profissionais de saúde no México é baixa

MÉDICOS A CADA MIL HABITANTES, 2010



ENFERMEIROS A CADA MIL HABITANTES, 2010



...O MEDICALL É UMA DAS SOLUÇÕES QUE BUSCAM LIDAR COM O PROBLEMA

- Os pacientes inscrevem-se por uma **taxa fixa mensal (~$5)** com acesso 24/7 para obter orientações e consultas médicas
- Do total de chamadas por mês (~90 mil), **62% dos problemas são resolvidos por telefone** e o restante é encaminhado para as clínicas
- Lançado em 2000, oferece serviços a **~1 milhão de famílias (~4,3 indivíduos por família)**
- Modelo de atenção baseado em tecnologia e rede
- Os cidadãos podem ter acesso remoto a suporte médico por um valor bem menor do que o de uma consulta em uma clínica

FONTE:Salud Interactiva;OCDE;sitedoMedicall;entrevistas;análiseMGI

QUADRO 34 - **MONITORAMENTO REMOTO DE IDOSOS NO REINO UNIDO**

O monitoramento remoto de idosos no Reino Unido reduziu em 45% as internações, facilitou o acesso a profissionais da saúde e reduziu custos

CONTEXTO

- Melhorar a qualidade da atenção para idosos em casas de repouso
- Aumentar a adesão ao tratamento de doenças crônicas

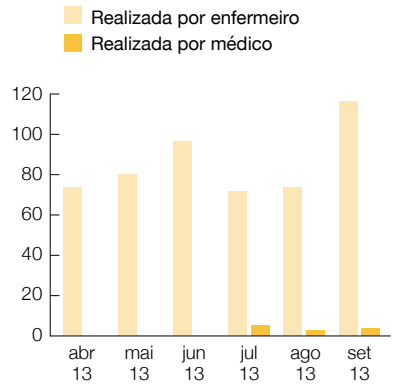
COMO FUNCIONA A SOLUÇÃO

- O Airedale Hospital fornece acesso remoto 24/7 a serviços médicos para idosos em casas de repouso (e pessoas com DPOC[1])

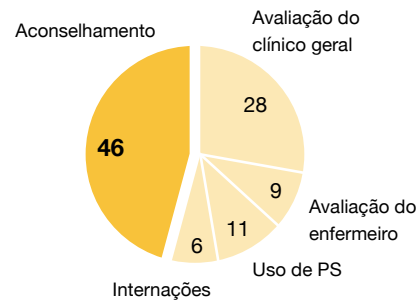
IMPACTO

- Impacto estimado em £330.000 para uma população de 1.000 pacientes (idosos em casas de repouso ou em internação doméstica por DPOC)
- Redução de **45%** em internações
- Redução de **50%** no total de dias de internação
- Redução de **59%** no uso do Pronto Socorro

CONSULTAS POR TELEHUB



RESULTADOS DAS CHAMADAS (%)



1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FONTE: Airedale FT website: http://www.airedale-trust.nhs.uk/Media/NewsItems/2013/News03July13.html

G. Construir uma agenda nacional para inovação, respaldada por uma maior agilidade regulatória e maior integração da pesquisa acadêmica com a cadeia

Países e cidades ao redor do mundo têm usado uma metodologia para criação de polos de "Ciências da Vida" compostos por sete elementos, sendo eles:

1. Definição do perfil estratégico e aspirações do polo: no Canadá, foram definidas áreas-foco nas quais o corredor Quebec-Ontário poderia estabelecer vantagens competitivas globais com objetivos claros de monitoramento.

2. Estrutura financeira e de governança: em Singapura, a governança do projeto é realizada por duas agências ligadas ao governo (EDB e A*STAR).

3. Comunicação e branding: nos Emirados Árabes, realizam-se eventos semanais para fortalecer a atração ao polo, bem como a publicação de uma revista mensal em inglês.

4. Formação, atração e retenção de capital humano: nos Estados Unidos, são feitas parcerias com faculdades de renome na área e promove-se a atração de talentos internacionais.

5. Fomento de ambiente de inovação e empreendedorismo: em Israel, foram investidos US$ 250 milhões em startups de biotecnologia compartilhadas pelo governo e setor privado.

6. Disponibilidade de infraestrutura física e virtual: no Reino Unido, foram investidos £800 milhões na construção de cinco centros de pesquisa.

7. Relacionamento com o governo, incentivos fiscais, ambiente de negócios: no México e em Singapura, as leis de proteção à propriedade intelectual e patentes foram revisadas e as esferas estadual e federal foram integradas.

O Quadro 35 a seguir traz o exemplo da Bay Area Biotech, nos Estados Unidos.

QUADRO 35 - **POLO DE SAÚDE BAY AREA BIOTECH**

Bay Area Biotech é um dos mais antigos polos de ciências da vida no planeta com excelentes resultados financeiros e de pesquisa

EXEMPLO DE ORGANIZAÇÕES ENVOLVIDAS

Exemplo de organizações envolvidas

- **UCSF**
- **Genentech**
- **Gilead**
- **Abbott**

FORMAÇÃO, ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE CAPITAL HUMANO

- Incentivo à diversidade com **atração de profissionais estrangeiros**
- **Universidades com reputação global**:

– UCSF
– Stanford
– Berkeley

IMPACTO ALCANÇADO

- **Grande polo de startups**, incluindo de biotecnologia
- **Berço de grandes empresas** do setor como a Genentech
- Região com **liderança global no trabalho com células-tronco**

FONTE: McKinsey; California Biomedical Industry report 2011 PWC; San Francisco Centre for Economic Development

Para garantir um ambiente ideal para P&D, houve grande investimento em regulação e incentivos financeiros no polo de Biopolis, em Singapura:

• **Regulação:** mudança de políticas com implementação rápida e bem-sucedida. Sólida proteção e fiscalização da propriedade intelectual e nova estrutura de testes clínicos com o mais breve tempo de aprovação para início dos testes (aprovação regulatória em aproximadamente quatro semanas e aprovação pelo comitê de ética em quatro a seis semanas).

• **Financeiro**: deduções no custo de patentes e em despesas com P&D terceirizado e seed capital (capital de semente), e financiamento de empreendimentos de tecnologia.

No Brasil, ainda existe grande oportunidade para agilizar o processo de aprovação de patentes e de novas tecnologias, uma vez que são necessários até 14 anos para se obter uma patente. Uma experiência atual de polo de inovação busca vencer esse desafio – grandes empresas do setor farmacêutico estão formando joint ventures para fortalecer P&D em saúde no Brasil.

J. Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico

O Brasil precisaria investir em soluções para atender o desafio da nova demanda: envelhecimento populacional e prevalência de doenças crônicas. Para tanto, deveria tomar as seguintes ações:

• Viabilizar modelos inovadores de atenção que tenham foco em idosos e doenças crônicas.

• Garantir que os modelos atendam as diferentes necessidades dos idosos: independentes, dependentes ou em fase terminal.

- Estabelecer mecanismos para garantir adesão ao tratamento crônico.

- Garantir a formação de profissionais capacitados para atender o novo perfil populacional.

Diferentes países têm apostado em novos modelos de atenção para idosos e crônicos seguindo tendências similares:

1. Integração do cuidado: o paciente tem acesso a todos os níveis de atenção em um único lugar ou sistema (regional).

2. Coordenação do cuidado: paciente conta com um profissional, em geral um enfermeiro, como o coordenador de seu tratamento.

3. Forte presença de soluções digitais: prontuários eletrônicos integrados pela rede, monitoramento remoto e outras soluções digitais.

4. Incentivos corretos: os médicos têm incentivos financeiros para evitar internações e intervenções desnecessárias.

O Quadro 36 traz exemplos de modelos assistenciais inovadores para o cuidado de pacientes diabéticos no futuro.

QUADRO 36 - **TENDÊNCIAS PARA O TRATAMENTO DE DIABETES COM INOVAÇÃO**

Incorporar essas inovações gera impacto ao longo de toda a jornada do paciente crônico e idoso

EXPLORANDO O CAMINHO PARA O CUIDADO COM PACIENTES DIABÉTICOS NO FUTURO

EXEMPLO DE AÇÃO	**Monitoramento e prevenção precoce** Quando o nível de glicose do usuário está elevado, o **Avatar online recomenda que ela procure seu médico da família**	**Diagnóstico** O profissional de saúde realiza **exames usando aplicativo móvel** (ex. eletrocardiograma)	**Intervenção** O médico desenvolve um plano de cuidado baseado em evidências usando um **algoritmo online para suporte a decisões**	**Recuperação e monitoramento** Nos seus últimos anos de vida, o idoso fica em uma **casa de repouso assistida**
EXEMPLO DE IMPACTO DE EXPERIÊNCIAS REAIS	**Sensely** Redução de custos de admissões em PS[1] e repetidas internações por DPOC2, hipertensão e diabetes podendo resultar em economias de $ 1-2 bilhões	**AliveCor** Assumindo que 15% dos eletrocardiogramas sejam realizados por celular, o custo total para os consumidores seria reduzido em $ 3- 5 bilhões	**Akēlex** O acesso de provedores a pesquisas médicas aumenta em 50% e a conformidade com protocolos hospitalares mais do que dobra	**Airedale NHS** Redução de 59% das admissões em pronto-socorro

1 Pronto-Socorro, 2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FONTE: Análise da equipe do projeto com base em experiências reais das empresas citadas

O modelo CareMore, nos Estados Unidos, reduziu em 18% o custo total por paciente idoso e crônico. Desde 1993, fornece atendimento focado em idosos e hoje conta com 26 centros de atendimento e cerca de 70 mil pacientes acompanhados. Aproximadamente 90% dos pacientes têm mais de 65 anos e apresentam condições crônicas complexas, tais como diabetes, insuficiência renal crônica, hipertensão, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Todo paciente tem um enfermeiro coordenador do seu cuidado e entra em uma determinada "jornada", conforme a doença e a gravidade. Os médicos ficam alocados em hospitais da rede e têm como meta evitar internações e reinternações, bem como administrar transições (com base em referência). A rede é composta de clínicas centralizadas, hospitais da rede, equipes multidisciplinares e visitas domiciliares.

O serviço se apoia em uma robusta plataforma tecnológica, todo paciente tem prontuário eletrônico visível a todos os provedores da rede (incluindo parceiros) e há uso intenso de monitoramento remoto. O modelo de pagamento é caracterizado por capitation, ajustada pelo perfil de risco da população e a remuneração dos médicos está associada a métricas (por exemplo, taxa de readmissão).

O impacto é visível, o custo total por paciente é 18% abaixo da média nacional (com perfil semelhante), a taxa de hospitalização é de 24% e a duração da permanência é 38% abaixo das médias nacionais, a taxa de amputação por diabetes está 60% abaixo da média nacional e houve 56% de redução da taxa de internação por insuficiência cardíaca.

O Reino Unido testa atualmente diferentes opções de serviços fora de hospitais para atender idosos com diferentes necessidades (Quadro 37).

QUADRO 37 - **SERVIÇOS PARA IDOSOS FORA DE HOSPITAIS**

Exemplo do Reino Unido – Serviços de atendimento a idosos fora de hospitais

MORADIA ASSISTIDA PARA PACIENTES COM CÂNCER

UCLH COTTONROOMS

- Parceria do hotel CottonRooms com a UCLH para **pacientes com câncer que precisam continuar tratamento especializado** e, portanto, precisam estar próximos da equipe médica
- Os **pacientes relatam um ambiente mais normal** para a continuidade do tratamento do que o ambiente hospitalar
- Critérios de elegibilidade rigorosos
- Custo **65% menor que os leitos de hospital**

CUIDADO PALIATIVO LIDERADO POR ENFERMEIROS

CHOOSE YEOVIL HOSPITAL

- Local para **pacientes cuja alta foi adiada devido a estado grave** e despreparo da família para o cuidado em domicílio
- Inteiramente **conduzido por enfermeiros**, com a presença de equipe multidisciplinar, uma vez que o foco é a **redução do desconforto do paciente** e não mais a cura da doença
- **Claros critérios de internação** aplicados com eficácia
- **Taxa de satisfação de familiares de 90%**

FONTE: Entrevistas; Yeovil District Hospital; site do Cotton Rooms; boutiquehotelnews.com

L. Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional

O Brasil deve fortalecer o uso da medicina baseada em evidências para definir protocolos clínicos que fundamentem as decisões de cobertura do sistema e estabeleçam referência nacional para provedores de saúde, sejam eles públicos ou privados. Os principais objetivos seriam:

- Tornar os processos atuais da CONITEC no SUS mais participativos e robustos;
- Aumentar a adesão às recomendações da CONITEC;
- Estimular maior participação e protagonismo do setor privado; e
- Viabilizar a integração com agências de saúde nacional e internacionalmente.

Para tornar o processo atual de construção de protocolos clínicos mais robusto, é essencial que ele seja mais participativo, solicitando a colaboração das partes interessadas (stakeholders), acadêmicos e representantes dos cidadãos e grupos de interesse.

A agência NICE (National Institute for Health and Care Excellence), no Reino Unido, exerce exatamente essa função para o sistema de saúde local (NHS). Contudo, seus protocolos clínicos são seguidos nacionalmente devido a sua robustez e credibilidade. Eles incluem a jornada do paciente em determinada doença pelo sistema, o protocolo em si em linguagem para profissionais de saúde e em linguagem para o público em geral, métricas de qualidade, ferramentas para implementação e protocolos de procedimentos e tecnologias associadas à doença em questão.

O NICE oferece ainda uma ampla gama de recursos para aumentar a adesão aos protocolos clínicos baseados em evidência. O Quadro 38 a seguir exibe um detalhamento das ferramentas e impacto oferecidos pela agência NICE.

QUADRO 38 - **FERRAMENTAS UTILIZADAS PELO NICE**

Exemplo do Reino Unido – Ferramentas utilizadas pelo NICE

FERRAMENTAS OFERECIDAS...

Lista simples de recomendações sobre que "Não fazer" em formato de parágrafos ("Do not do recommendations")

- Exemplo: **"Não há evidências** que respaldem o uso de monitoramento cardíaco eletrônico para avaliação fetal em gestações normais, portanto, **este procedimento não deve ser oferecido"**

Casos de sucesso enviados pelos próprios provedores que implementaram os protocolos do NICE

- **Banco com mais de 500 casos de sucesso** (melhora de qualidade, mudança na eficiência e economia de custos)
- Oferece um prêmio anual para estimular a troca de experiências

Ferramentas específicas para facilitar a implementação dos protocolos nos provedores

- Ferramenta que permite ao provedor **avaliar suas práticas atuais vs. práticas recomendadas**
- Guia para a incorporação de equipamentos recém-incluídos
- Ferramenta decálculo do retorno sobre o investimento para autoridades locais avaliarem o impacto previsto de ações de promoção (p.ex., redução do tabagismo)

... MAS O MAIOR IMPACTO É A TRANSPARÊNCIA

- As **recomendações são publicadas em versão para o público em geral** com linguagem adaptada e mensagens claras
- O **site tem navegação amigável** e é adaptado para visualização em **smartphone**

FONTE: National Institute for Health and Care Excellence

O Brasil deveria fortalecer o uso da medicina baseada em evidências para definir protocolos clínicos que fundamentem as decisões de cobertura e o setor privado poderia protagonizar essa mudança – a seguir apresentam-se algumas formas:

1. Desenvolvimento dos protocolos clínicos: atualmente, a CONITEC tem parcerias com hospitais privados (por exemplo, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Moinho de Vento) e sociedades médicas para o desenvolvimento de novos protocolos (por exemplo, transplantes). Contudo, há claro espaço para que isso se multiplique e o setor privado se torne o principal aliado no desenvolvimento das recomendações.

2. Criar grupos de medicina baseada em evidências para complementar o trabalho: o setor privado pode liderar grupos de medicina baseada em evidências que podem complementar o trabalho da comissão. Esses grupos podem prestar apoio à ANS para a incorporação de tecnologias e protocolos clínicos no setor suplementar, alterando o modelo atual.

3. Conhecer os protocolos e incentivar seu seguimento: uma vez que se estabeleça como participante ativo do processo de desenvolvimento dos protocolos, o setor privado pode estimular que os mesmos sejam conhecidos e seguidos por seus médicos e pacientes, em especial quando o paciente for recorrer ao SUS para receber parte do tratamento.

Para ampliar o uso da medicina baseada em evidências como iniciativa nacional é preciso seguir uma jornada em fases, que está detalhada no Quadro 39 a seguir.

QUADRO 39 - **JORNADA PARA MAIOR USO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Para ampliar o uso da medicina baseada em evidências como iniciativa nacional é preciso seguir uma jornada em fases

PROTOCOLOS

- Foco no **desenvolvimento de protocolos clínicos baseados em evidência**, considerando:

– **Participação** dos atores afetados pelo protocolo e **atualização** constante

– **Divulgação** dos protocolos em **formato acessível e de fácil uso** pela população em geral

– **Parcerias com o setor privado** para a elaboração dos protocolos

– **Estímulo à comunidade médica para o seguimento dos protocolos** a partir de um processo de construção mais transparente, parcerias com sociedades médicas e divulgação constante

LIDERANÇA

- Foco em **dar mais peso às recomendações da CONITEC** (ou entidade de missão semelhante)

– Garantir que as recomendações de incorporação tecnológicas sejam seguidas quanto à definição de cobertura do SUS, embasando **decisões do poder Judiciário**

– **Liderar discussões com a sociedade para estimular uma mudança cultural** que permita a compreensão das escolhas que o sistema precisa fazer

– **Integrar os processos-chave da instituição com as agências de saúde do país** garantindo maior consistência no uso da medicina baseada em evidências

ABRANGÊNCIA

- Foco em **dar maior solidez à entidade, aumentando seu escopo** para ampliar o impacto potencial do uso da medicina baseada em evidências

– Transformar a Comissão em uma **Agência independente** composta por corpo técnico robusto

– Ampliar o escopo para o **desenvolvimento de mecanismos de apoio à implementação** de suas recomendações nos provedores de saúde

FONTE: National Institute for Health and Care Excellence

M. Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento buscando maior alinhamento de incentivos

Mudanças no modelo de pagamento não necessariamente promovem maior foco no desfecho e custo-efetividade. Isso ocorre pois não existe um modelo de pagamento ideal que resolva todos os problemas e cada modelo traz incentivos positivos e efeitos adversos que precisam ser contornados. Dessa forma, a discussão sobre diferentes modelos de pagamentos deve passar primeiramente pela definição dos pré-requisitos necessários para que uma mudança tenha êxito.

Os principais pré-requisitos a serem considerados são:

- **Medição e uso de indicadores** nas três dimensões principais de criação de valor para a sociedade: qualidade, desfecho e custos.

- **Uso de protocolos clínicos baseados em evidência**, que estabelecem os procedimentos mais efetivos em termos de custos para cada diagnóstico e os resultados esperados.

O Quadro 40 a seguir apresenta uma esquematização dos principais modelos de pagamento, com suas características e possíveis efeitos perversos para o sistema.

QUADRO 40 - **PRINCIPAIS MODELOS DE PAGAMENTO E SEUS EFEITOS**

Todos os modelos de pagamento exigem protocolos clínicos suportados em medicina baseada em evidência

A QUALIDADE

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

DESFECHO

EFICIÊNCIA NO USO DOS RECURSOS

Com base em diagnóstico ou agrupamento (ex.: DRG)

PROTOCOLOS CLÍNICOS (DIAGNÓSTICO / TRATAMENTO / PROGNÓSTICO)

	B POR PROCEDIMENTO	**C POR DIAGNÓSTICO**	**D POR INDIVÍDUO/POPULAÇÃO**
DESCRIÇÃO	■ Pagamento de um valor predeterminado para cada atividade realizada pelo provedor	■ O provedor recebe pagamento referente a um pacote de atividades que espera-se que sejam realizadas com base em uma determinada condição do paciente ou procedimento	■ O provedor recebe um valor fixo para realizar o atendimento a uma determinada região/população independe da demanda
POTENCIAIS EFEITOS COLATERAIS	■ Excesso de atividade ■ Baixo controle de custos ■ Baixo incentivo para ações de prevenção	■ Excesso de atividade ■ Complexidade de implementação ■ Baixo incentivo para ações de prevenção	■ Subutilização

E **O acompanhamento de indicadores e uso de mecanismos de pay-for-performance pode abordar os incentivos indesejados dos modelos**

FONTE: Análise da equipe

Tendo em vista os pré-requisitos mencionados para implementações bem-sucedidas de modelo de pagamento, é necessário seguir três etapas:

- **Desenvolvimento dos indicadores:**

– Definir e padronizar indicadores de desempenho que deem visibilidade nas seguintes áreas: Custos, Eficiência no uso dos recursos e Foco no desfecho.
– Medir e criar base de dados consolidada contendo a evolução dos indicadores.

- **Definição dos parâmetros do modelo:**

– Identificar oportunidades através da análise dos indicadores e tendências.
– Definir os objetivos a serem alcançados.
– Definir o modelo de pagamento que gere os incentivos corretos.
– Definir metas específicas e requisitos mínimos para os indicadores.

- **Alteração do modelo de pagamento:**

– Realizar pilotos do modelo de pagamento discutido.
– Ajustar conforme necessidade.
– Implementar o modelo testado e validado.
– Acompanhar continuamente indicadores comparando-os com os objetivos.
– Tomar ações corretivas quando necessário.

O. Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado

Três objetivos principais podem ser atingidos com maior uso de indicadores na saúde:

1. Eficiência de gestão: estimular os atores da saúde a melhorar seus resultados por meio da comparação e da concorrência.
2. Melhor planejamento do sistema: melhorar a alocação de recursos no sistema, ao permitir o planejamento mais eficiente de todos os elos da cadeia.
3. "Empoderamento" da população: publicar os dados e permitir fiscalização das instituições, com pacientes/cidadãos fazendo escolhas mais conscientes.

O sistema de saúde é muito rico em dados, e a construção de um banco de dados centralizado poderia gerar ganhos exponenciais. O Quadro 41 traz um esquema da centralização de dados.

QUADRO 41 - **EXEMPLOS DE DADOS EXISTENTES NO SISTEMA DE SAÚDE**

O sistema de saúde é muito rico em dados, e a construção de um banco de dados centralizado pode trazer ganhos relevantes

FONTE: Análise da equipe

O compartilhamento de informações intrassetoriais de saúde pode ser usado para alavancar resultados das empresas, a exemplo da Health Transformation Alliance, nos Estados Unidos – aliança entre 20 das maiores empresas norte-americanas para conter o custo com cuidados de saúde de seus funcionários. Outro exemplo é a TransCelerate Biopharma – 18 farmacêuticas globais colaborando para simplificar e acelerar inovações através do compartilhamento de informações.

Durante a construção de sua visão de saúde para 2040, a Holanda priorizou criar um "Bloomberg da Saúde". Os objetivos são: oferecer maior nível de informação para os pacientes, oferecer dados e melhores práticas para os provedores de saúde e auxiliar seguradoras nas decisões sobre contratação de instituições e na introdução de mecanismos de pagamento por desempenho (pay-for-performance). As principais ações relacionadas são: o desenvolvimento de um conjunto claro de indicadores de qualidade focados no desfecho, a criação de uma infraestrutura de dados (o "Bloomberg da Saúde") e o desenvolvimento de legislação relacionada à privacidade para permitir o correto uso dos dados.

A implementação de uma "cultura" de indicadores pode ser realizada de forma gradual, conforme demostrado no Quadro 42 a seguir.

QUADRO 42 - **JORNADA PARA CRIAÇÃO E MAIOR UTILIZAÇÃO DE INDICADORES COMPARTILHADOS NA SAÚDE**

A implementação de uma "cultura" de indicadores pode ser realizada de forma gradual

Grau de Complexidade: − → +

	BENCHMARKS	POTENCIAIS BENEFÍCIOS
INTRA ELOS (DADOS PARA BENCHMARK)	■ Health Transformation Alliance (empregadores) ■ TransCelerate Biopharma (farmacêuticas) ■ Observatório Anahp (hospitais) ■ The LeapFrog Group (hospitais)	■ **Contenção do custo** com a saúde dos funcionários ■ Aceleração das **inovações** ■ **Aumento da eficiência** dos provedoresa partir da comparação com benchmarks – Em alguns países, observou-se redução de até ~30% nos índices de mortalidade e de 25% no tempo de internação
ENTRE ELOS (DADOS PARA EFICIÊNCIA NA CADEIA)	■ AstraZeneca (farmacêutica) e WellPoint (operadora)	■ Big Data e Advanced Analytics para estudar resultados de tratamentos, com **base em evidências** ■ Desenho de programas de **prevenção** mais efetivos
ENTRE PÚBLICO E PRIVADO (DADOS PARA PLANEJA-MENTO E INTEGRAÇÃO DO SISTEMA)	■ NHS Digital (Inglaterra/público) ■ Advancing Quality Alliance (Inglaterra/público) ■ Bloomberg da Saúde (Holanda/público) ■ Canadian Institute for Health Information (Canadá/público)	■ População informada para tomar **melhores decisões** ■ Maior clareza quanto à diferença de desempenho entre **público e privado, permitindo planejamento mais eficiente do sistema**

FONTE: Análise da equipe

P. Integrar dados do paciente de forma centralizada por meio de prontuário eletrônico

O registro eletrônico e a integração dos dados do paciente abordam os três desafios do sistema de saúde brasileiro (custos, qualidade e satisfação), pois permitem:

• Reduzir desperdícios no sistema, por meio de maior controle sobre os procedimentos já realizados pelo paciente.

• Gerar dados para ampliação do uso de medicina baseada em evidências, a fim de determinar os tratamentos que apresentam os melhores resultados.

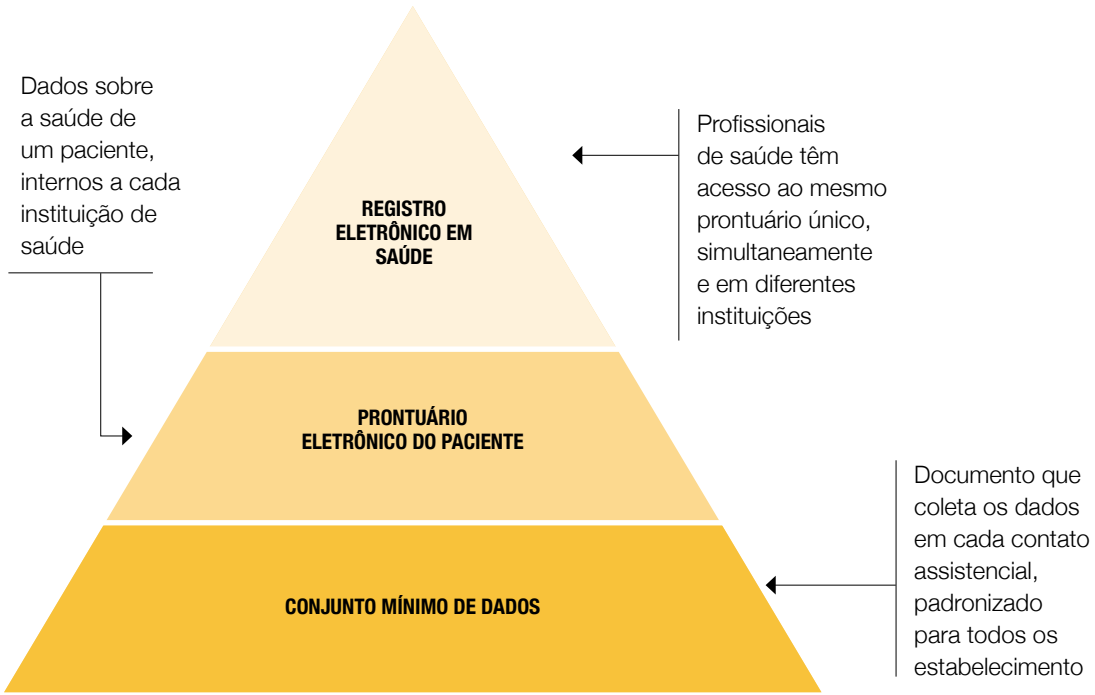
• Melhorar a qualidade e agilidade do diagnóstico e do tratamento, a partir do conhecimento do histórico completo do paciente pelo profissional de saúde.

• Melhorar o acompanhamento dos pacientes crônicos, por meio do monitoramento remoto dos dados desses pacientes, em tempo real.

• "Empoderar" o paciente, com base no fornecimento de informações ao paciente acerca de quais tratamentos apresentam melhores resultados.

Ter um conjunto mínimo de dados é o primeiro passo para construir bases de informações mais robustas, mas o Brasil está 40 anos atrasado nesse quesito, já que apenas recentemente estabeleceu a criação do Conjunto Mínimo de Dados (CMD), pela Resolução no 6/2016 da Comissão Intergestores Triparte (Figura 6).

FIGURA 6 - **DESCRIÇÃO DOS SISTEMAS**



A implementação do CMD será incremental e gradual, substituindo um total de nove sistemas fragmentados de informação da atenção ambulatorial e hospitalar em uso atualmente.

Integrar dados do paciente envolve três etapas bem definidas, descritas a seguir no Quadro 43.

QUADRO 43 - **JORNADA PARA INTEGRAÇÃO DOS DADOS DO PACIENTE**

Integrar dados do paciente envolve três etapas bem definidas

JORNADA PARA INTEGRAÇÃO DOS DADOS DO PACIENTE
Benchmarks

1 CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS ESTABELECIDO

Início da digitalização dos registros

- CMD substituindo 9 sistemas
- PEP em 23% das instituições
- e-SUS da Atenção Básica obrigatório até Dez/2016

2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) NA MAIORIA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

PEPs presentes, mas não integrados

- Quase 100% dos hospitais possuem PEPs
- Padronização da linguagem para integração é prioridade

PEPs presentes, mas não integrados

- 2018: meta de integrar atenção primária e urgência
- 2020: integração completa
- Incentivos financeiros para garantir prioridade

3 REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE INTEGRADO

Integrado por região de saúde

- Cada região tem seu próprio PEP integrando atenção primária, hospitais e farmácias
- População tem acesso online

Integrado por nível de atenção

- Atenção primária, farmácias e laboratórios integrados
- População tem acesso online Hospitais ainda não integrados

Valência: Integração completa

- Integra todos os níveis de atenção e todos os distritos de saúde da região

FONTE: Estudo London School of Economics e Commonwealth Fund; análise da equipe

A integração de dados por região parece ser o caminho mais promissor, assumindo como primeiro passo o e-SUS Atenção Básica. Mas é necessário criar planos robustos para que esse movimento aconteça.

O Departamento de Saúde dos Estados Unidos, por exemplo, desenhou um plano para criar um sistema interoperável dentro de 10 anos (Quadro 44).

QUADRO 44 - **PLANO PARA INTEGRAÇÃO DE DADOS NOS ESTADOS UNIDOS**

Exemplo dos EUA – Plano para criação de um sistema interoperável dentro de 10 anos

SITUAÇÃO ATUAL

- Apesar de **a maioria dos hospitais e ~75% dos médicos** americanos relatarem o **uso de prontuários eletrônicos** que atendem aos requisitos federais, **poucos são interoperáveis** pois os sistemas não possuem a mesma linguagem técnica
- Embora o acesso e o direcionamento de seus próprios dados seja um direito civil[1], alguns **médicos e hospitais ainda relutam em compartilhar essas informações** com o paciente por não perceberem sua importância para o empoderamento dos cidadãos

ASPIRAÇÃO

Principais passos

1. Definir padrões a serem exigidos

2. Motivar o uso dessas normas através de incentivos adequados

3. Criar um ambiente confiável para a coleta, compartilhamento e uso de informações de saúde eletrônicas

4. Garantir que o direito ao acesso às próprias informações de saúde seja conhecido por todos

1 Os pacientes americanos podem acessar e direcionar seus dados através do pagamento de uma pequena taxa
FONTE: U.S. Department of Health & Human Services

Um exemplo de sistema de prontuário eletrônico bem-sucedido naquele país é o da Kaiser Permanente: o registro eletrônico dos 9 mil beneficiários da rede pode ser acessado através do celular, facilitando a comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde e reduzindo em mais de 20% os atendimentos ambulatoriais.

Outra solução é a integração de dados por região. Foi o caminho escolhido pela Dinamarca para garantir interoperabilidade entre sistemas e fácil acesso das informações de saúde dos cidadãos. Cada região do país tem seu próprio sistema de prontuário, mas ele deve aderir a padrões nacionais de compatibilidade. A atenção primária é integrada com hospitais e farmácias também por região – o E-Journalen, repositório nacional de dados dos pacientes, supre os PEPs locais com informações nacionais. Por fim, todos os cidadãos têm um identificador único e podem acessar seus dados por um portal online. Ao final de 2011, o repositório nacional de dados dos pacientes já continha informações de mais de 85% da população dinamarquesa.

É importante lembrar que é necessário superar desalinhamentos na cadeia para avançar com sistemas de registro eletrônico do paciente. Os pacientes possuem alto custo-benefício na solução, assim como os pagadores. Por outro lado, os provedores de saúde são os que fazem os altos investimentos em sistemas internos, mas possuem o risco de perda de receitas no curto prazo com a menor sobreposição de serviços e superutilização.

R. Reorganizar o sistema de redes de atenção na busca de maior eficiência e escala

Três desafios do sistema podem ser abordados através da organização e execução dos serviços considerando regiões de saúde. São eles:

- Reorganização administrativa do sistema, com diretrizes nacionais e órgãos executores com competências adequadas ao seu nível de responsabilidade.

- Revisão do desenho das regiões de saúde com escala adequada, respeitando características geográficas, mas não necessariamente os limites entre municípios.

- Planejamento otimizado das regiões de saúde com centros especializados, descentralização da atenção básica e integração do cuidado.

O primeiro ponto aborda um certo "descasamento" de responsabilidades que parece existir no sistema federativo brasileiro. Todos os municípios brasileiros possuem, constitucionalmente, responsabilidades relevantes na saúde, mesmo sendo de pequeno porte. A maioria dos municípios (69%) possui até 20 mil habitantes, com baixo nível de receitas próprias e, portanto, alto grau de dependência financeira dos outros entes da federação – estados e União. Por outro lado, eles possuem a responsabilidade de planejar serviços de saúde, executar a atenção primária, o saneamento básico e a vigilância sanitária, além de gerir os laboratórios públicos e hemocentros.

Apesar da descentralização ser característica importante em outros sistemas de referência e uma diretriz do SUS, outros sistemas descentralizam a saúde em diferentes níveis. O Canadá e a Austrália, por exemplo, descentralizam a responsabilidade pela saúde da população no nível estadual/provincial (Quadro 45).

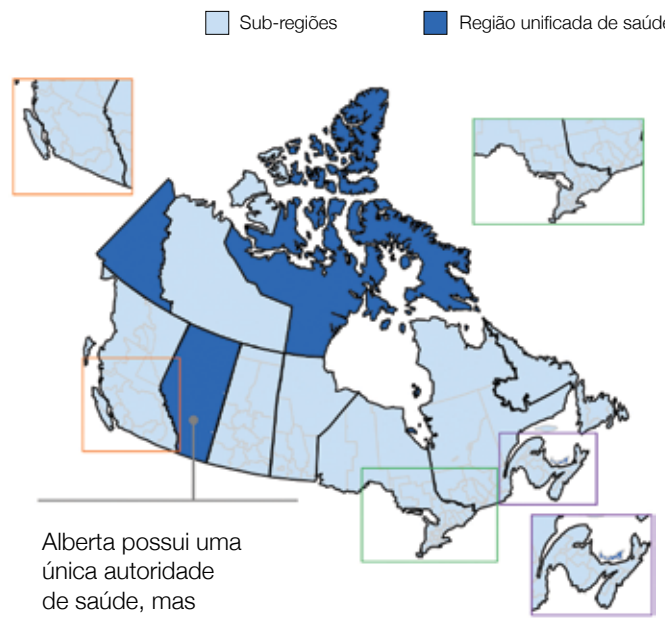
QUADRO 45 - **DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CANADÁ**

Exemplo do Canadá – Descentralização da responsabilidade pela saúde

NO CANADÁ, AS PROVÍNCIAS SÃO RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE DA POPULAÇÃO LOCAL

- Cada província é responsável pela **execução das estratégias nacionais e definição das estratégias locais** (p.ex., assistência farmacêutica)
- É de **autonomia** das províncias a decisão de se **organizar em regiões de saúde** menores, conforme necessidade e escala
- Pelo país ser caracterizado pela grandeza territorial, a **maioria das províncias se subdividiu em regiões de saúde**, que operam o atendimento localmente

EMBORA A MAIORIA DAS PROVÍNCIAS SE SUBDIVIDAM EM REGIÕES DE SAÚDE SEPARADAS, ALGUMAS OPTARAM POR SE ORGANIZAR COMO UMA REGIÃO UNIFICADA



Alberta possui uma única autoridade de saúde, mas é organizada internamente em 5 regiões de operação

FONTE: Health Canada

No caso do Reino Unido, as reformas recentes envolveram um rearranjo das estâncias administrativas, tornando a configuração do sistema singular. Na Inglaterra, há um órgão planejador central, no qual as diretrizes são definidas em nível nacional. A gestão dos serviços públicos na ponta é feita pelos chamados Clinical Comissioning Groups (CCGs), grupos de clínicos gerais responsáveis pela contratação direta dos serviços para toda uma população em uma determinada área geográfica. Os CCGs não estão necessariamente ligados à divisão político-administrativa do país e, portanto, uma cidade pode ter vários CCGs e vice-versa. Os hospitais são contratados pelos CCGs e operam como trusts relativamente autônomos, sendo avaliados anualmente. Na organização do NHS, a característica marcante é a forte participação do corpo clínico e da população local na definição das próprias prioridades de saúde.

O Brasil possui cerca de 400 regiões de saúde atualmente, que deveriam ser balizadoras do planejamento do SUS. Entretanto, benchmarks mostram que uma região de saúde deve atingir requisitos mínimos para existir. Por outro lado, existe grande disparidade entre os tamanhos das regiões – enquanto a Grande São Paulo é uma região de saúde com 21 milhões de habitantes, a região de saúde de Itapipoca, no Ceará, possui 200 mil habitantes.

Três características são importantes no desenho de uma região de saúde ideal:

- Ter população suficiente para serviços de saúde em escala
- Abranger toda uma economia / ecossistema de saúde
- Possuir coerência geográfica, política e regulatória

Uma vez que a rede de saúde seja reorganizada, deve-se realizar escolhas importantes de desenho de cada região a fim de otimizá-la. A centralização de serviços especializados é uma alavanca importante para se conseguir economias e ganhos de escala. No NHS, houve uma reestruturação da rede de atenção primária, com potenciais economias estimadas em 1% a 2% do total de gastos com atenção primária. Além disso, a centralização do cuidado leva a aumento de resolutividade, incentiva a melhor distribuição das funções entre os profissionais de saúde e estimula a competição.

A região Noroeste de Londres também passou por uma reconfiguração da sua rede para otimizar e adequar a atenção à sua população, como demonstrado no Quadro 46 a seguir.

QUADRO 46 - **OTIMIZAÇÃO DA REDE NO NOROESTE DE LONDRES**

Exemplo da região Noroeste de Londres (NWL) – otimização da rede

NO CANADÁ, AS PROVÍNCIAS SÃO RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE DA POPULAÇÃO LOCAL

- A região NWL cobre uma população de **~2 milhões de habitantes**, com orçamento anual para a saúde de £3,4 bilhões
- Em 2012, a região de saúde **otimizou e transformou** sua estrutura de saúde:

– Prontos-socorros e maternidades foram **fechados**

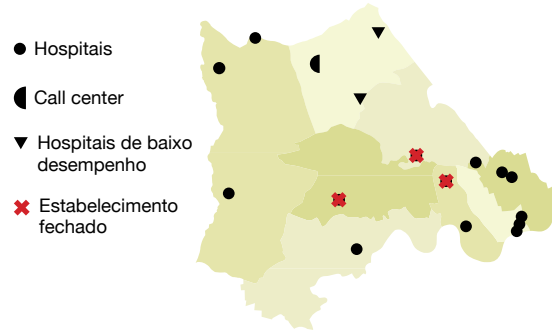
– Programas de **ações de melhoria** para hospitais com **baixo desempenho**

– Extensão de horas no atendimento primário

– Estabelecimento de **call center com enfermeiros treinados**, com resolutividade de 40%

FONTE: NHS

EMBORA A MAIORIA DAS PROVÍNCIAS SE SUBDIVIDAM EM REGIÕES DE SAÚDE SEPARADAS, ALGUMAS OPTARAM POR SE ORGANIZAR COMO UMA REGIÃO UNIFICADA



ASPIRAÇÕES COM A RECONFIGURAÇÃO

- Centralizar para garantir **acesso consistente a médicos** especialistas
- Descentralizar para melhorar o **acesso à saúde** e incentivar o **cuidado próprio**
- Integrar para **coordenar o cuidado**, reduzindo desperdícios

Um exemplo de como a centralização das especializações pode contribuir para a melhoria do desfecho é a comparação entre o volume de cirurgias de aneurisma cerebral realizadas em centro de alto e baixo volume. O risco de mortalidade hospitalar após uma cirurgia de aneurisma cerebral é 40% menor em centros com mais de 30 cirurgias por ano, se comparado a centros com menor número de cirurgias[1].

1 Davies JM et al, Volume Outcomes in Neurosurgery, Neurosurg Clin N Am, 2015 Apr;26(2):207-18

CAPÍTULO 5

jornada para alcançar a visão

DEFININDO PRIORIDADES PARA A PRIMEIRA ONDA

Enquanto no primeiro workshop, os participantes entenderam o ponto de partida, pensaram em iniciativas para o sistema de saúde do Brasil e fizeram exercícios de priorização, complementados por uma pesquisa online, o foco do segundo workshop foi definir a visão para o sistema de saúde do Brasil e construir a jornada para alcançá-la.

A jornada é pautada pela priorização e sequenciamento das iniciativas no tempo. As iniciativas também foram priorizadas considerando impacto e facilidade de implementação e seguindo critérios bem definidos (Quadro 47).

QUADRO 47 - **CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DAS INICIATIVAS**

Durante o workshop, os participantes classificaram cada iniciativa segundo seu impacto e facilidade

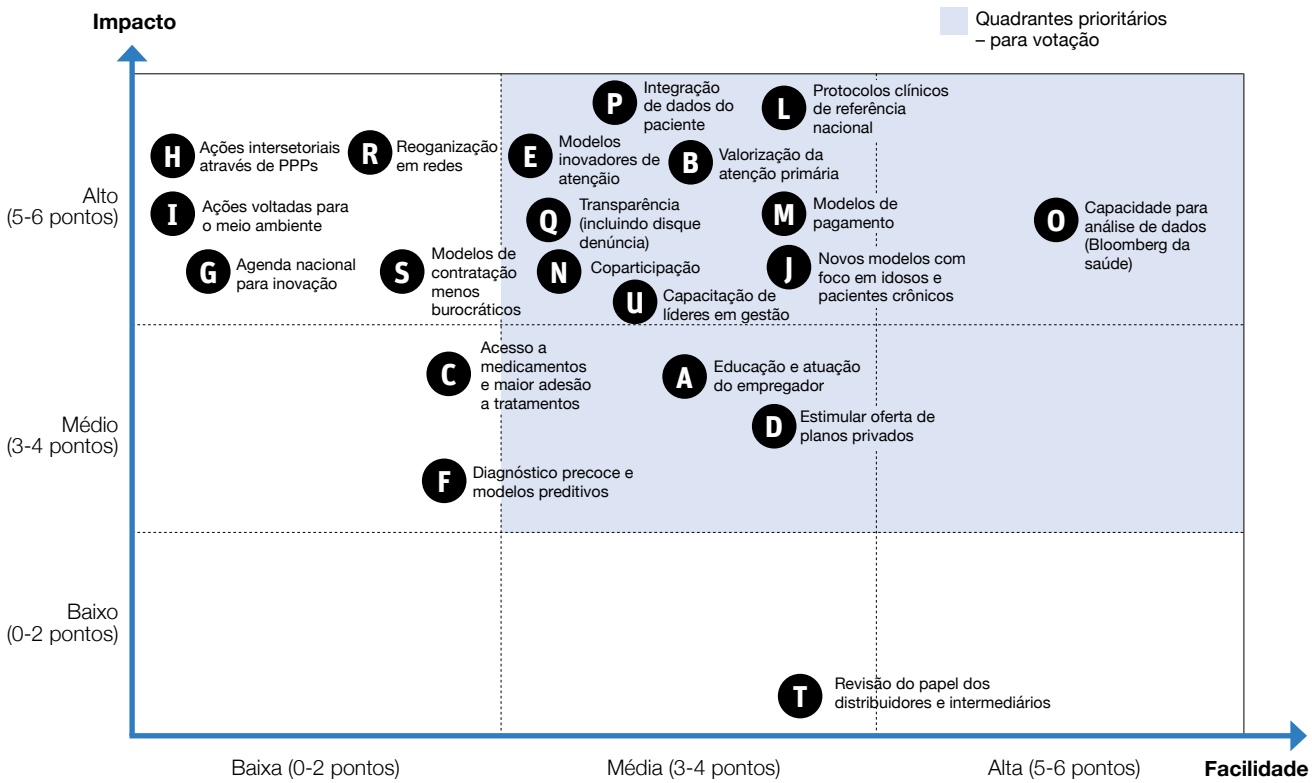
DIMENSÃO	QUESTÕES-CHAVE		
IMPACTO	Ajuda a melhorar o estado de saúde da população?	Ajuda a incrementar a satisfação dos cidadãos com o sistema de saúde?	Ajuda a assegurar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde?
FACILIDADE	Exige mudança regulatória ou atuação direta do governo para sua implementação?	Exige alto investimento em formação de pessoas, em sistemas de informação ou recursos públicos?	Exige mudança cultural da população?

FONTE: Equipe de projeto 276

A análise das iniciativas pelos participantes do workshop deu origem à matriz exibida no Quadro 48.

QUADRO 48 - **O RESULTADO FOI UMA MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO COM QUADRANTES PRIORITÁRIOS**

Durante o workshop, os participantes classificaram cada iniciativa segundo seu impacto e facilidade



FONTE: Análise da equipe a partir de dados do workshop

Foi perguntado, então, aos participantes, quais eram as cinco iniciativas dos quadrantes prioritários que deveriam compor a primeira onda de atuação do Instituto Coalizão Saúde, a partir de 2017. As iniciativas do quadrante prioritário que não ficaram entre as mais votadas foram classificadas como Onda 2. A jornada ficou desenhada como pode-se observar no Quadro 49 a seguir.

QUADRO 49 - **JORNADA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISÃO DO BRASIL**

O resultado é a jornada do ICOS para a saúde do Brasil

CURTO PRAZO:
5 INICIATIVAS MAIS VOTADAS

- **A** Estimular a mudança cultural para o foco em promoção da saúde através de maior educação da população e atuação do empregador
- **B** Fortalecer a atenção primária, principalmente no setor privado, valorizando a medicina da família e o uso de multiprofissionais
- **L** Estimular e realizar pilotos de modelos inovadores de atenção
- **M** Iniciar discussão sobre os diferentes modelos de pagamento e os principais viabilizadores da migração

Consolidação e uso de dados:

- **O** + **P** Criar capacidade para consolidação, análise e divulgação de dados nos sistemas público e privado; Integrar dados do paciente de forma centralizada através de prontuário eletrônico

MÉDIO E LONGO PRAZO:
DEMAIS INICIATIVAS PRIORITÁRIAS

- **D** Estimular a oferta de planos de saúde privados para ampliar acesso ao cidadão
- **J** Estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico
- **L** Estabelecer processo e governança para protocolos clínicos de referência nacional
- **N** Considerar coparticipação dos custos na atenção secundária e terciária
- **Q** Aumentar transparência de informações entre instituições através de acordos espontâneos e práticas compartilhadas de compliance
- **U** Capacitar líderes da saúde em gestão e atrair profissionais de gestão de outros setores buscando incorporar novos conhecimentos (p.ex., lean)

FONTE: Análise da equipe

conclusão

GIOVANNI GUIDO CERRI - Vice-presidente do Instituto Coalizão Saude

Um novo futuro para a saúde do Brasil

É comum, quando nos deparamos com problemas de enorme complexidade, com uma incontável multiplicidade de causas e atores, sujeitos e consequências, que nos questionemos: por onde começar? É possível? Com a realização deste projeto "Coalizão Saúde Brasil: Uma agenda para transformar o sistema de saúde", começamos a responder, em uníssono, que, sim, é possível. Que já começamos.

Reunir toda a cadeia produtiva do setor em torno do Instituto Coalizão Saúde foi um desafio a que nos propusemos com a convicção de quem trabalha diuturnamente pela saúde brasileira. De quem sabe que, apenas com a união coordenada dos setores público e privado, será possível desatar os nós que impedem que a população receba o atendimento adequado sempre que precisar de assistência.

Também sabíamos que, apenas com um modelo sustentável, e com segurança jurídica, é possível avançar em pesquisa, tecnologia e informação. Tudo em um sistema regido pela ética, em defesa do Sistema Único de Saúde e com foco no cidadão. Os sistemas público e privado não podem se opor. Devem, como determina a Constituição, se completar.

Mas sabíamos que não basta vontade. É preciso método, experiência, inteligência e inspiração. Foi o que reunimos neste projeto. Por isso, quero agradecer a cada um dos nossos associados, que acreditaram no processo e participaram deste esforço. Agradeço também aos inúmeros especialistas brasileiros e internacionais, que dedicaram tempo, entusiasmo e conhecimento para a realização deste trabalho.

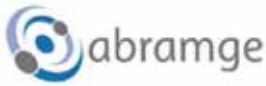
Acredito que este projeto será visto, em alguns anos, como o início de uma profunda e bem-vinda transformação do sistema de saúde do Brasil. Como o marco de um processo que, finalmente, uniu toda a cadeia produtiva do setor. Agora, há um caminho a seguir.

Não pretendemos apenas superar uma crise profunda. É a construção de um novo futuro para a saúde do Brasil que queremos. Ao trabalho.

abimed
Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde

ABRAIDI
Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes

Abramed
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA


abramge

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

anab
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

anahp
associação nacional de hospitais privados

cbexs

CNS
CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

CMB

DASA

EMS

FBH
FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

FEHOESP

FenaSaúde
Federação Nacional de Saúde Suplementar

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

GrupoFleury

Grupo ONCOCLÍNICAS
Sua vida. Nossa vida.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

INTERFARMA
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

InterSystems
Health | Business | Government

Johnson & Johnson
MEDICAL BRASIL
DIVISÃO DE JOHNSON & JOHNSON DO BRASIL INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA.

SANOFI

SINAEMO

SINDUSFARMA

Unimed Brasil

PATROCINADORES

"Os associados do Instituto Coalizão Saúde agradecem os patrocinadores por acreditarem e investirem em uma agenda para transformar o sistema de saúde do Brasil"

INTERFARMA
Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

SANOFI

alanac associação dos laboratórios farmacêuticos nacionais

Amil

EMS

FenaSaúde
Federação Nacional de Saúde Suplementar

Johnson & Johnson
MEDICAL BRASIL
DIVISÃO DE JOHNSON & JOHNSON DO BRASIL INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA.

GE Healthcare

PHILIPS Healthcare

SIEMENS Healthcare

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

anahp
associação nacional de hospitais privados

Grupo ONCOCLÍNICAS
Sua vida. Nossa vida.

NUNES & SAWAYA
ADVOGADOS

COALIZÃO SAÚDE

COALIZÃO
SAÚDE