Uso de indicadores em busca de melhores resultados: como medir a qualidade e os resultados do processo assistencial e como recompensar o desempenho

Dr. Fernando Biscione
Gerente de pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde
Superintendência de Provimento de Saúde
UnimedBH

Unimed
Belo Horizonte

Agenda

1 Contexto

2 GUIA (Gestão UnimedBH de Indicadores Assistenciais)

3 Selo de Excelência Assistencial UnimedBH

POR QUE A CONTA NÃO FECHA

Saiba como funciona o círculo vicioso que ameaça a sustentabilidade da saúde suplementar no Brasil

1. DESPERDÍCIOS E FRAUDES

R$ 20 bilhões foram gastos pelos planos de saúde, em 2016, com fraudes e desperdícios, segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). Entre as causas dessa anomalia, que representou 15% das despesas assistenciais do setor, estão cirurgias e exames realizados sem necessidade e medicamentos prescritos indevidamente.

2. INFLAÇÃO MÉDICA

Os desperdícios e as fraudes, além da incorporação de novos medicamentos e terapias – por vezes sem eficácia comprovada ou registro para comercialização no Brasil –, são os principais fatores que levam a inflação médica a ser maior que a inflação geral da economia. Como pode ser constatado a seguir, a inflação médica mais que dobrou nos últimos sete anos.

2016 – 20,4 %
2013 – 16,0 %
2010 – 7,6 %

Fonte: Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

3. DESPESAS ASSISTENCIAIS

Com a inflação médica em alta descontrolada, a consequência é a explosão das despesas assistenciais dos planos de saúde, que incluem todos os gastos com exames, terapias, consultas, cirurgias, internações hospitalares, medicamentos, materiais e dispositivos médicos. De 2015 para 2016, o aumento das despesas assistenciais foi de 14,1%. Enquanto isso, a inflação geral do Brasil, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), foi de 6,29% em 2016.

2016 – R$ 137,0 bilhões
2013 – R$ 90,9 bilhões
2010 – R$ 59,7 bilhões

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

4. REAJUSTES DOS PLANOS INDIVIDUAIS

O grande aumento das despesas assistenciais, por sua vez, faz com que os reajustes dos planos de saúde individuais, determinados pela ANS, também sejam mais altos que a inflação geral do país. Os índices autorizados, porém, não chegam a refletir inteiramente a evolução das despesas assistenciais – a diferença se transforma em perdas financeiras para as operadoras.

2016 – 13,57 %
2013 – 9,04 %
2010 – 6,73 %

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

5. SINISTRALIDADE

Como as despesas assistenciais têm aumentado em nível superior à evolução da receita de contraprestações, a sinistralidade registrada pelos planos de saúde também vem aumentando, ano a ano. Esse é outro sinal de deterioração da situação financeira dos planos de saúde. Em 2016, de cada R$ 100,00 recebidos pelas operadoras, a título de mensalidade, R$ 84,90 foram gastos com atendimentos médico-hospitalares de seus clientes. Veja, a seguir, que esse valor é bem superior ao registrado em 2010.

2016 – 84,9 %
2013 – 83,4 %
2010 – 80,4 %

6. RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES

A principal fonte de receita dos planos de saúde, representada pelas mensalidades pagas pelos beneficiários, é influenciada pelos reajustes autorizados pela ANS – sempre abaixo da inflação médica – e pelo aumento da inadimplência. Em 2016, por exemplo, o valor total foi 12,7% maior que no ano anterior, aumento menor que a evolução das despesas assistenciais no mesmo período, que, como vimos anteriormente, foi de 14,1%. Essa diferença representa redução da margem operacional das empresas de planos de saúde.

2016 – R$ 161,5 bilhões
2013 – R$ 109,0 bilhões
2010 – R$ 74,3 bilhões

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

7. INADIMPLÊNCIA

R$ 1,5 bilhão foi o total das perdas financeiras dos planos de saúde, em 2016, causadas por inadimplência dos beneficiários, que não pagaram suas mensalidades. Dentre as mais de mil operadoras no segmento de saúde suplementar, 7% encerraram o ano passado com inadimplência superior a 5%, um índice considerado alto. As informações são da consultoria Intervalor.

8. RESULTADO OPERACIONAL

R$ 400 milhões foram o resultado operacional do segmento em 2016, apurado a partir da soma das receitas operacionais e redução das despesas com tributos que incidem sobre faturamento, das despesas assistenciais, administrativas e operacionais. Essa soma representa menos da metade do registrado no ano anterior e reflete a pressão exercida por todos os fatores anteriormente mencionados: desperdícios e fraudes, inflação médica, reajustes autorizados pela ANS e inadimplência. Esse resultado operacional representa 0,2% da receita de contraprestações. Resumindo: os planos de saúde prestam um serviço de suma importância para a sociedade, mas são mal remunerados para isso.

Visão Saúde
Out/nov/dez 2017

- Provisão de serviços desnecessários
- Provisão ineficiente de serviços
- Altos custos administrativos e operacionais
- Oportunidades de prevenção perdidas
- Altos preços de compra de insumos

IOM (Institute of Medicine). 2010. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

Mas... o que podemos fazer para mudar isso?

INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO:
- cuidados em saúde baseados em evidências;
- prontuário eletrônico integrado;
- avaliação comparativa de desempenho para tomada de decisão

CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE, eliminando:
- fragmentação do cuidado;
- atividades supérfluas;
- ineficiências de processo;
- medicina defensiva

TRANSPARÊNCIA de custos, preços, **QUALIDADE** e **EFETIVIDADE** dos serviços e produtos médicos para consumidores, provedores e fonte pagadora

MODALIDADES DE PAGAMENTO COM FOCO EM RESULTADO E VALOR

PREVENÇÃO de doenças agindo sobre fatores físicos, comportamentais e determinantes sociais

INOVAÇÃO:
- telemedicina;
- telemonitoramento;
- *e-health*;
- *retail clinics* ("clínicas de conveniência")

Estratégias que funcionam

IOM (Institute of Medicine). 2010. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

“Um plano de saúde que não estiver focado em **qualidade**, atualmente, está fadado a falhar.

Para se ter um plano de saúde de alta qualidade, o ponto de partida é colocar os **beneficiários no centro de sua operação**, que deve ser concebida para melhorar a experiência e a assistência à saúde. ***Os clientes vão dizer a você o que precisa mudar***.”

Barbara Crawford, 2017
(Presidente de Qualidade e Excelência da Kaiser Permanente)
Visão Saúde - Out/nov/dez 2017

Quando o assunto é saúde, o que é valor para os clientes?

5 principais motivos de satisfação do cliente UnimedBH com o plano de saúde

1. Qualidade dos médicos

   "Médicos são bons profissionais, capacitados, experientes, conceituados, fazem diagnósticos precisos/ Médicos são atenciosos, simpáticos, educados/ Médicos não atrasam para atender, atendem na hora marcada/ Médicos atendem pelo plano há muito tempo"

2. Rapidez na marcação de consultas

3. Qualidade dos hospitais

   "Atendimento rápido, chega e é logo atendido/ Funcionários tratam os pacientes com educação, respeito, simpatia/ Enfermeiros são atenciosos, simpáticos, educados/ Bom atendimento dentro dos hospitais, sempre foi bem atendido/ Hospitais limpos/ Hospitais são conceituados"

4. Qualidade dos laboratórios

   "Exames são marcados rapidamente, não demora muito tempo, marca para uma data próxima/ Atendimento rápido, chega e é logo atendido, na hora marcada/ Funcionários são educados, tratam os pacientes com respeito, simpatia/ Rapidez na entrega dos resultados"

5. Cobertura do plano

Fonte: Pesquisa Datafolha (dezembro de 2016)

Unimed Belo Horizonte

Evolução dos modelos de remuneração na UnimedBH

2000
ITEM DE PRODUÇÃO

2001
DIÁRIAS GLOBAIS E TOTAIS

OBJETIVOS:
- Eficiência assistencial e operacional

2005
PACOTES CIRÚRGICOS

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES

OBJETIVOS:
- Qualificação dos prestadores
- Eficiência nos processos

85% das internações em hospitais acreditados ou certificados
R$150 MI de incremento na remuneração em 10 anos
R$13 MI investidos em programas de melhoria da urgência/emergência e da terapia intensiva

2016
GUIA Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

OBJETIVOS:
- Modelos de remuneração variável que incentivam o resultado e a qualidade assistencial

2017
EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL UNIMED-BH 2017

Unimed Belo Horizonte

Novo ciclo de incentivo à qualidade assistencial na UnimedBH

GUIA
Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
UNIMED-BH
2017

Modelo de remuneração para médicos

Modelo de remuneração para hospitais

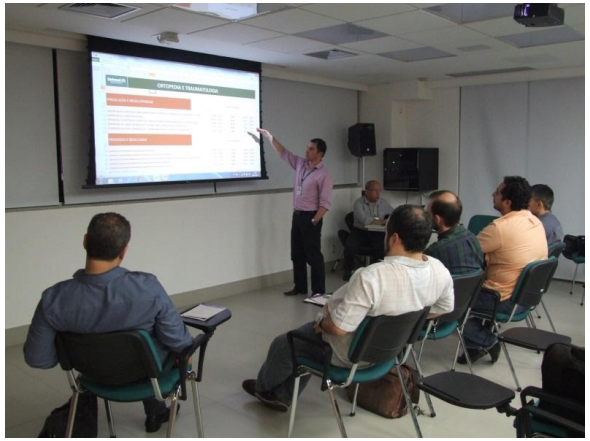
Unimed
Belo Horizonte

Princípios norteadores do GUIA

GUIA Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

- **Recomendação emanada do Conselho Social da Cooperativa**

- **Construção participativa**
  Áreas técnicas da UnimedBH + 47 comitês de especialidades



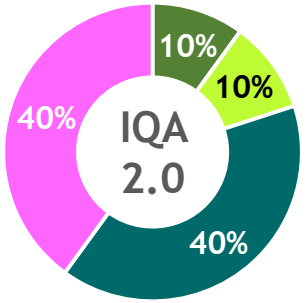
- **Ganho de eficiência retorna aos médicos na forma de remuneração adicional**

- **Transparência**
  Indicadores de resultados dos médicos e da cooperativa

- **Gestão de resultados compartilhada**
  Geração de recursos deve ser fruto de resultados coletivos e de resultados individuais

Sinistralidade da cooperativa

+



Evolução do GUIA

GUIA
Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

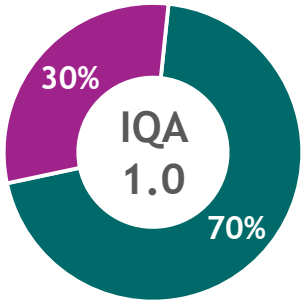
+4% R$

+9,3% R$

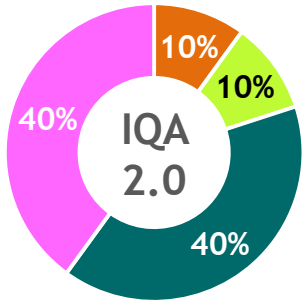
+12% R$

+20% R$

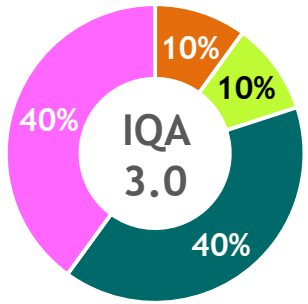
Grau de adesão ao Consultório Online
Cadastro atualizado



Grau de adesão ao Consultório Online
Satisfação do cliente
Realização de treinamentos on-line
Indicadores de eficiência técnica (por especialidade)



Grau de adesão ao Consultório Online
Satisfação do cliente
Realização de treinamentos on-line
Indicadores de eficiência técnica (por subespecialidade)



Sinistralidade da cooperativa < 85%

+

Sinistralidade da cooperativa < 85%

+

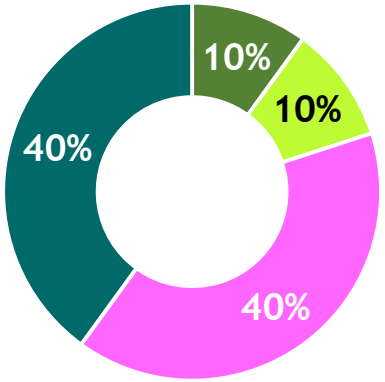
Sinistralidade da cooperativa < 85%

+

Sinistralidade da cooperativa < 85%

Maio/2016 | Outubro/2016 | Maio/2017 | Novembro/2017 | Junho/2018

O que os indicadores de eficiência técnica medem?



- Consulta com outro médico da mesma especialidade
- Reinternação precoce
- Reintervenção pós-procedimentos
- Internações por causa evitável (MS, Portaria 221/2008)
- Solicitação de exames e terapias fora de protocolos de medicina baseada em evidências
- Comparecimento do cliente ao pronto-atendimento

GUIA em grandes números

GUIA
Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

98
encontros com comitês de especialidades

282
horas de reuniões

316
indicadores elaborados

238
médicos cooperados envolvidos

Unimed
Belo Horizonte

Alguns resultados

GUIA Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais

Proporção do incentivo individual (IQA)	Proporção de médicos que atingiram
100%	33%
90% a 99%	24%
80% a 89%	18%
50% a 79%	14%
1% a 49%	3%
0%	7%

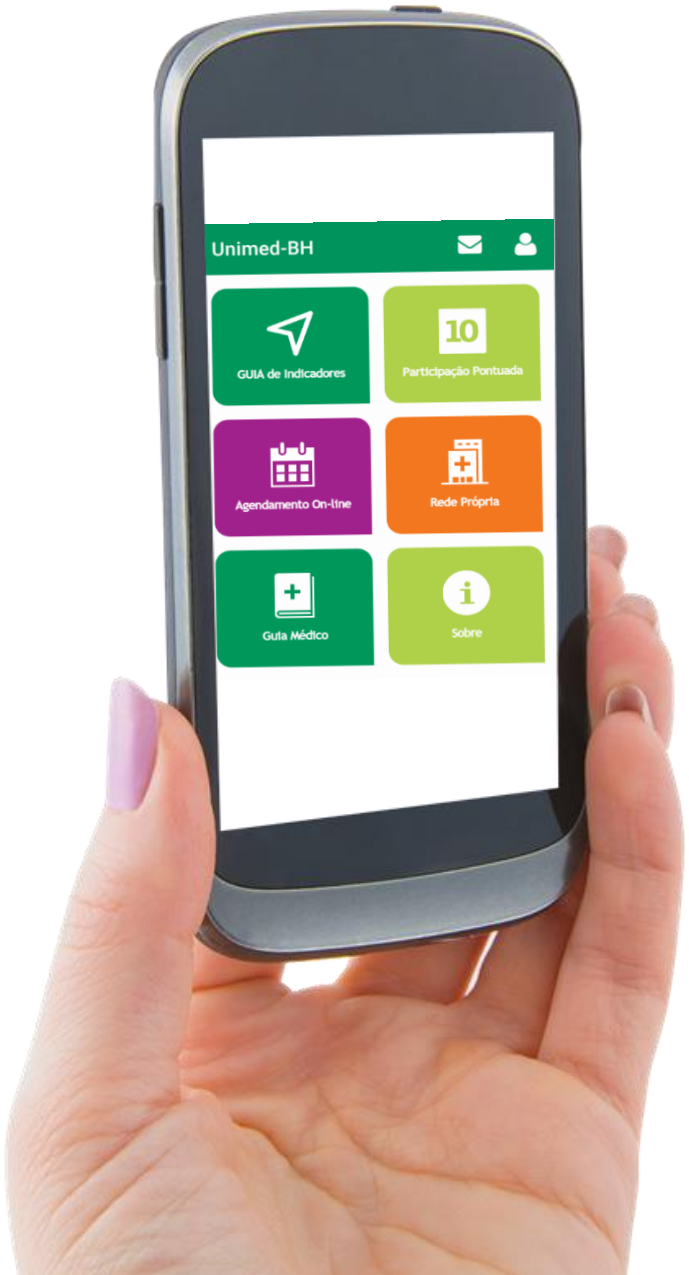
(outubro de 2017)

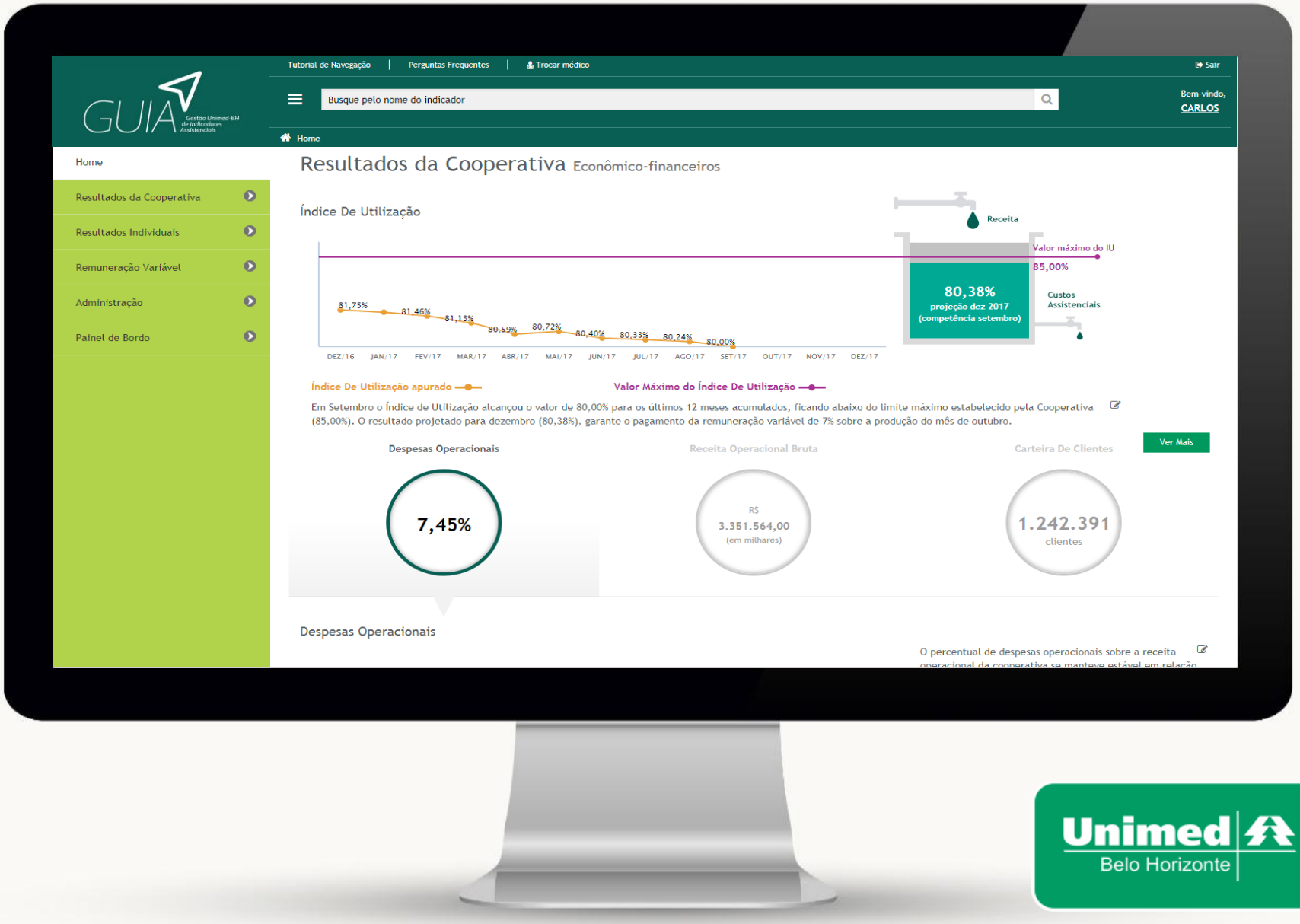
R$125 milhões

já distribuídos

Unimed Belo Horizonte

GUIA
Gestão Unimed-BH de Indicadores Assistenciais





Unimed
Belo Horizonte

Princípios norteadores do Selo de Excelência Assistencial da UnimedBH

EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
UNIMED-BH
2017

- **Adesão dos hospitais é voluntária**

- **Cliente como foco das ações**
  Equipe de auditoria assistencial da UnimedBH dedicada a visitar e ouvir o cliente durante a hospitalização

- **Engajamento dos hospitais**
  Equipe técnica da UnimedBH dedicada a apoiar os hospitais na análise dos indicadores e acompanhamento das ações de melhoria contínua

- **Transparência e envolvimento de terceira parte**
  Selo é concedido por auditoria realizada por instituição certificadora independente

Unimed
Belo Horizonte

Dimensões do Selo de Excelência Assistencial

EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
UNIMED-BH
2017

Segurança

- Identificação do paciente
- Procedimentos para prevenção de úlcera de pressão
- Procedimentos para prevenção de queda
- Check-list de cirurgia segura

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)
Portaria 529/2013

Acesso

- Percentual de pacientes (urgente ou emergente) do pronto-atendimento atendidos no prazo
- Percentual de pacientes internados provenientes do pronto-atendimento com tempo de espera < 12 horas

Desempenho

- Média de permanência hospitalar clínica
- Média de permanência hospitalar cirúrgica
- Taxa de reinternação precoce (até 30 dias)
- Taxa de condições adquiridas no hospital
- Mortalidade em DRG de baixo risco clínico
- Proporção de partos normais
- Taxa de mortalidade em neonatos de moderado-baixo peso (1.500 a <2.500g)

Experiência do cliente

O paciente sabe informar?

- Nome do médico assistente

O paciente se sente satisfeito?

- Responsividade da equipe de enfermagem
- Manejo da dor
- Tempo para realização dos exames e procedimentos

Certificação internacional

Joint Commission International
IMPROVING THE QUALITY AND SAFETY OF HEALTHCARE FOR EVERY PATIENT ACROSS THE GLOBE

NIAHO SM CERTIFIED

ACCREDITATION CANADA
Better Quality. Better Health.

Selo de Excelência Assistencial: modelo geral

Número de dimensões atingidas	Incentivo
3	1%*
4	2%*
5	3%*

* Percentual do faturamento bruto anual do prestador

Possibilidade de antecipação de 50% do incentivo

Primeira auditoria

Auditoria final

Início

Janeiro

Maio-junho

Novembro

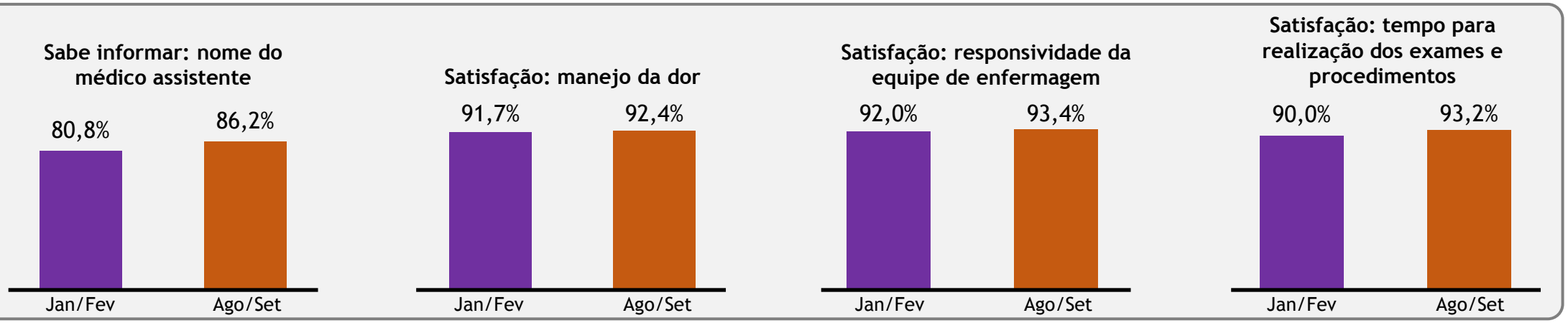
Janeiro

2017
(Selo 1.0)

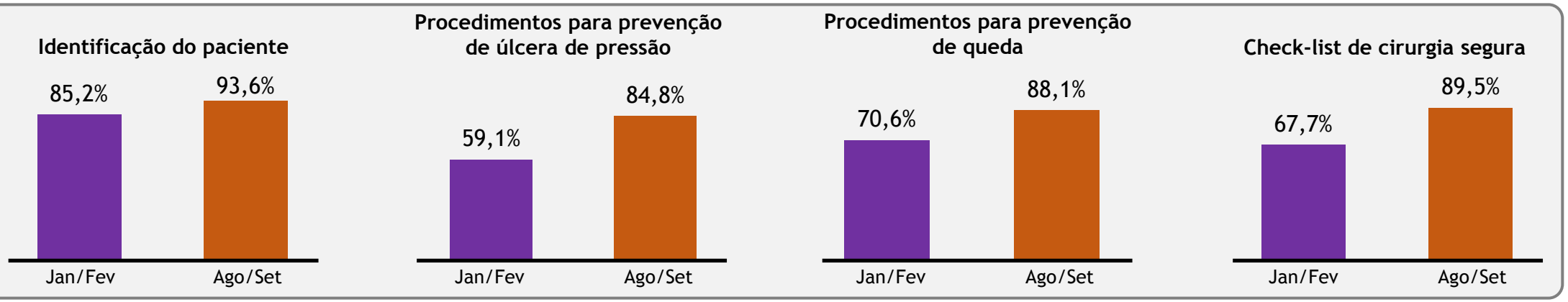
2018
(Selo 2.0)

Alguns resultados

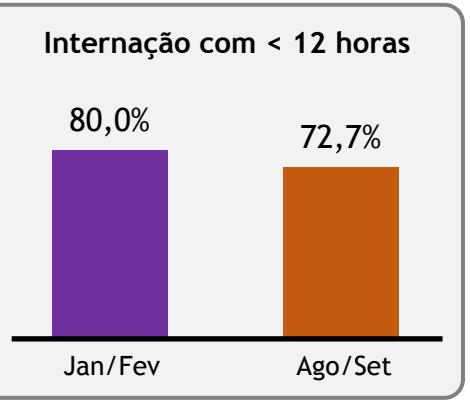
Experiência



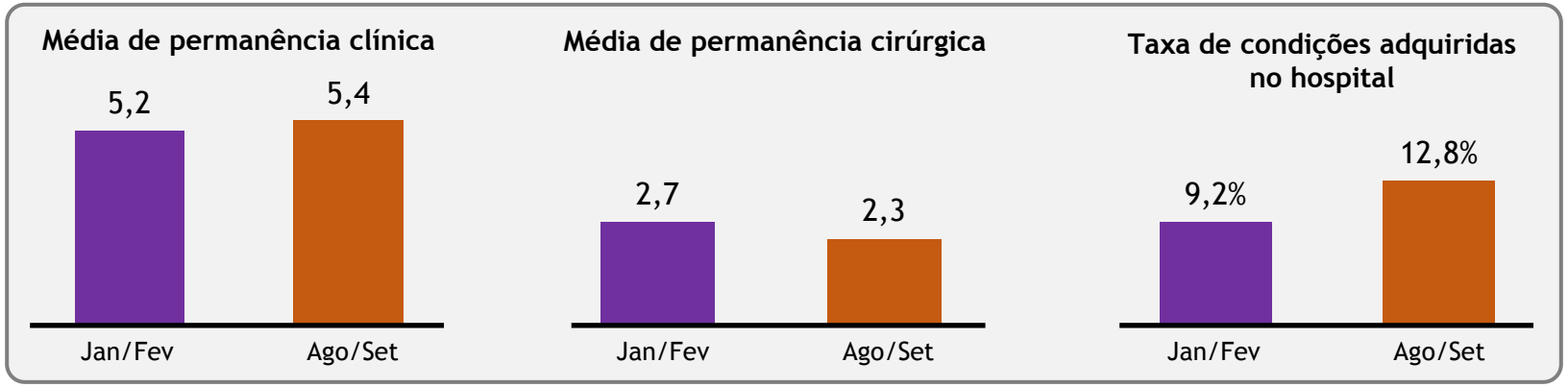
Segurança



Acesso



Desempenho



Resultados da auditoria final

EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
UNIMED-BH
2017

19 hospitais aderidos
(de 19 elegíveis)

2 hospitais ★★★★★
6 hospitais ★★★★
5 hospitais ★★★

Unimed
Belo Horizonte

EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
UNIMED-BH
2017

Unimed
Belo Horizonte

GUIA e Selo: fatores críticos para o sucesso

- Como superar a desconfiança?
- Como superar a resistência à mudança?
- Gestão da mudança junto às equipes: técnico e comportamental.
- Envolvimento da alta direção.

Dr. Fernando Biscione

Gerente de pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde
Superintendência de Provimento de Saúde
UnimedBH

fernando.biscione@unimedbh.com.br