

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

NÁDIA MARIZ GARCIA

O MODELO EINSTEIN DE SAÚDE POPULACIONAL
Estudo de Caso: O Programa Cuidar

SÃO PAULO
2019

NÁDIA MARIZ GARCIA

O MODELO EINSTEIN DE SAÚDE POPULACIONAL

Estudo de Caso: O Programa Cuidar

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Laura Maria César Schiesari

SÃO PAULO

2019

Garcia, Nádia Mariz.

O modelo Einstein de saúde populacional : estudo de caso: o Programa Cuidar / Nádia Mariz Garcia. - 2019.

89 f.

Orientador: Laura Maria César Schiesari.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde - Administração. 2. Promoção da saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Cuidados Primários de Saúde. 5. População. I. Schiesari, Laura Maria César. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614

NÁDIA MARIZ GARCIA

O MODELO EINSTEIN DE SAÚDE POPULACIONAL

Estudo de Caso: O Programa Cuidar

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Saúde

Data de aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Laura Maria César Schiesari (Orientadora)
(FGV–EAESP)

Prof. Dr. Alvaro Escrivão Junior (FGV–EAESP)

Dr^ª. Gláucia Berreta Ruggeri (CNU)

Dedico este trabalho à minha mãe, Nilza Mariz Garcia que mesmo em outra dimensão, sempre esteve ao meu lado e ao meu filho, Vinicius Mariz Cabral, como inspiração para a sua jornada.

AGRADECIMENTOS

À Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein pelo apoio educacional.

À Fundação Getulio Vargas pela organização do curso de Mestrado Profissional.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Laura Maria César Schiesari por ter incansavelmente me apoiado na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Eliezer Silva por ter permitido a continuidade deste trabalho.

Ao Dr. Sergio Eduardo Custódio por ter me desafiado a fazer o mestrado.

À Enf. Cheila Portela por ter me inspirado a retornar à sala de aula e por ter me estimulado a conhecer melhor a APS.

Ao Prof. Dr. Alberto José N. Ogata pelo seu apoio e compartilhamento de literatura valiosa.

À Dra. Vanessa Moraes Assalim por ter me incentivado e contribuído com os dados do Programa Cuidar.

À amiga de infância Alzira Célia da Cunha Aghiarian pela sua contribuição no abstract.

Aos colegas de turma pelo convívio amistoso ao longo do curso, apoio incondicional e trocas agregadoras. Em especial à Viviane Coelho Lourenço por seu apoio incansável.

Ao Pingo Mariz por ter sido meu fiel companheiro durante todas as horas de estudo.

RESUMO

Este trabalho aborda a necessidade premente de uma solução alternativa ao tradicional modelo de saúde, frente às transformações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, trazendo o modelo de gestão de saúde populacional como proposta de melhoria da qualidade de vida, redução de gastos e sustentabilidade do mercado saúde. Usando a metodologia de estudo de caso único, foi descrita a implantação do Programa Cuidar (2015) e seu modelo de gestão de Saúde da População de 27.507 vidas, entre empregados e familiares da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (Einstein). O modelo tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como acesso ao programa desde a criação da primeira clínica, no final de 2016. A equipe da APS é composta por: médico de família, enfermeiro e administrativo. Todo o acesso à atenção secundária é referenciado pela atenção primária. A regulação da atenção terciária é feita paralelamente pelo Núcleo de Regulação que, além de atuar em parceria com a seguradora de saúde na tomada de decisão, monitora e capta os casos de alta complexidade e alto custo, oferecendo o acesso ao Einstein para esses casos. Posteriormente foram apresentados e analisados os resultados obtidos nos dois anos da intervenção (2017 – 2018), tanto na operadora de saúde, quanto no Einstein e conclui-se que o tempo de exposição à intervenção não é suficiente para correlacioná-la à melhoria da saúde da população ou redução de gastos, embora já se observe queda na taxa média de crescimento anual do benefício saúde. Por fim, foram comentados os fatores facilitadores e limitantes no processo de implantação e as oportunidades de melhoria do Programa Cuidar.

Palavras-chave: Saúde da População. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Gestão em Saúde. Sistemas de Saúde. Planos de Assistência de Saúde para Empregados.

ABSTRACT

This applied research discusses the pressing need for an alternative solution to the traditional model of healthcare to face demographic, epidemiological, and technological changes bringing the population health management model as a proposal for improving quality of life, cost saving and sustainability of the health care market. Using the methodology of unique case, it was described the implementation of “Programa Cuidar” (2015) and its health management model of the 27.507 lives, among employees and their family members of Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. The model has the Primary Health Care (PHC) as the access program since the establishment of the first clinic, at the end of 2016. The PHC team consists of family doctor, nurse, and administrative. All access to secondary attention is referenced by the primary one. Tertiary care setting is made in parallel to the Regulation Core that, in addition to acting in partnership with health insurer in decision-making, monitors and captures the cases of high complexity and high cost, offering access to Einstein for these cases. Later, the results obtained in the two years of intervention (2017-2018) were presented and analyzed, both by the health insurer and Einstein, concluding that the exposure time to intervention is not sufficient to correlate it to the improving health of the population and cost saving, although already observed fall in average annual growth rate of health benefit. Finally, the limiting and facilitators factors of the implementation process were discussed and also the improvement opportunities of the “Programa Cuidar”.

Keywords: Population Health. Primary Health Care. Health Promotion. Health Management. Health Systems. Health Benefit Plans, Employee.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cenário da Saúde Suplementar em 2018	23
Figura 2 – Dimensões da Qualidade do Cuidado	24
Figura 3 – Dimensões do <i>Triple Aim</i>	25
Figura 4 – Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	32
Figura 5 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis	33
Figura 6 – Processo de Gestão da Saúde Populacional	34
Figura 7 – Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente	37
Figura 8 – Sistema Einstein de Saúde Suplementar	40
Figura 9 – Modelo de Governança <i>Triple Aim</i> no Einstein.....	42
Figura 10 – Hierarquização do Programa Cuidar	50
Figura 11 – Hierarquização do Cuidado Ambulatorial	52
Figura 12 – Hierarquização do Cuidado para Internações	53
Figura 13 – Gestão de Saúde Populacional Einstein	54
Figura 14 – Triple Aim na Gestão de Saúde Populacional Programa Cuidar	55
Figura 15 – Estrutura do Programa Cuidar – Ano 2018	57
Figura 16 – Cronologia do Programa Cuidar	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide Etária da População do Programa Cuidar por Titularidade	64
Gráfico 2 – Frequência de Utilização de Consultas Médicas – Ano 2018.....	65
Gráfico 3 – Frequência de Utilização de Consulta Multiprofissional – Ano 2018	66
Gráfico 4 – Frequência de Utilização do Pronto-Socorro – Ano 2018	67
Gráfico 5 – Frequência de Utilização de Pronto-Atendimento Virtual – Telemedicina na Clínica Einstein.....	68
Gráfico 6 – Frequência de Utilização de Exames – Ano 2018.....	69
Gráfico 7 – Frequência de Utilização de Internações – Ano 2018.....	70
Gráfico 8 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar – Ano 2018	71
Gráfico 9 – Frequência de utilização no Einstein por tipo de serviço – Ano 2018.....	72
Gráfico 10 – Frequência de utilização no Seguro Saúde por tipo de Serviço em 2018 .	73
Gráfico 11 – Evolução da Frequência de Utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 - 2018)	74
Gráfico 12 – Evolução do Gasto do Benefício Saúde (2015 – 2018).....	76
Gráfico 13 – Evolução do Gasto per Capita Total (2015 – 2018).....	77
Gráfico 14 – Composição do Gasto Total com Benefício Saúde em 2018	78
Gráfico 15 – Evolução do Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)	79
Gráfico 16 – Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Segmentação do Seguro Saúde	45
Tabela 2 – Programa Cuidar: Equipe de Cuidados – Ano 2017.....	59
Tabela 3 – Programa Cuidar: Equipe de Cuidados – Ano 2018.....	56
Tabela 4 – Diferenças dos Modelos Cuidar	59
Tabela 5 – Fonte de dados	62
Tabela 6 – Frequência de Utilização no Einstein por Tipo de Serviço– Ano 2018.....	72
Tabela 7 – Frequência de Utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018	73
Tabela 8 – Frequência de Utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)	74
Tabela 9 – Evolução do Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018).....	79
Tabela 10 – Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018).....	80

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AABB	<i>American Association of Blood Banks</i>
ABQV	Associação Brasileira de Qualidade de Vida
ABRH	Associação Brasileira de Recursos Humanos
ACR	<i>American College of Radiology</i>
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agências Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAP	Aliança para a Saúde Populacional
BI	<i>Business Intelligence</i>
CAP	<i>College of American Pathologists</i>
CCA	<i>Care Continuum Alliance</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
DUT	Diretrizes de Utilização
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GMA	Grupo Médico Assistencial
GP	<i>General Practitioner</i>
GSP	Gestão de Saúde Populacional
HHS	<i>Health and Human Services</i>
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHOM	<i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
KP	<i>Kaiser Permanente</i>
MBE	Medicina Baseada em Evidência

MDA	Medicina Diagnóstica e Ambulatorial
MSSP	<i>Medicare Shared Savings Program</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPME	Órtese, prótese e material especial
PLANSAT	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PGS	Programa Gestação Saudável
PHA	<i>Population Health Alliance</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PREM	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROM	<i>Patient-Reported Outcomes Measures</i>
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RN	Resolução Normativa
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TISS	Troca de Informação da Saúde Suplementar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VBHC	<i>Value Based Health Care</i>
VMO	<i>Value Management Office</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Os Sistemas de Saúde	16
3.1.1	Sistema tipo pluralista empresarial permissivo	17
3.1.2	Sistema de Seguro Público	18
3.1.3	Sistema Nacional de Saúde.....	18
3.2	O Sistema de Saúde Brasileiro	19
3.2.1	O SUS	20
3.2.2	A Saúde Suplementar	21
3.3	Qualidade em Saúde	24
3.4	Valor em Saúde	26
3.5	Modelos de Remuneração	28
3.6	Saúde Populacional	30
3.6.1	O Modelo Kaiser Permanente	36
3.6.2	O Modelo Gesundes Kinzigtal	37
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	Identificação e Estabelecimento da Lógica do Estudo de Caso.	38
4.2	Caracterização do Local de Estudo	39
4.2.1	O Einstein	39
4.2.2	O Programa Cuidar	44
4.3	Fonte de Dados	60
4.4	Considerações Éticas	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1	Perfil Populacional	63
5.2	Perfil de Utilização de Serviços Saúde pela População do Estudo	64
5.3	Análise dos Gastos do Benefício Saúde	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
	ANEXO.....	89

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aplicado tem como tema central a saúde, que é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de uma doença”. A relevância do tema está no fato de ser a saúde o bem maior para um indivíduo e do mercado da saúde ser atividade econômica de impacto no Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil e do mundo (ANAHP, 2019). A constante incorporação de novas tecnologias, associada à mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, têm feito com que os países gastem cada vez um maior percentual do seu PIB com a saúde. Gastar mais não significa melhor prática, melhor resultado ou mais qualidade, busca-se o melhor cuidado através do equilíbrio entre os benefícios gerados ao paciente, menor risco e o custo adequado.

As empresas são importantes *players* no cenário atual e buscam modelos sustentáveis de gestão da saúde populacional, tendo a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Declaração de Alma-Ata definia o compromisso da promoção de saúde através do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) como direito de todos e dever dos governos, garantindo a universalização dos cuidados e minimizando as desigualdades sociais, principalmente em países em desenvolvimento, como contribuição para a qualidade de vida e paz mundial. Na conferência de 2018, que comemorou os 40 anos de Alma-Ata, a Declaração de Astana reforçou a importância do modelo de APS como solução sustentável para enfrentar os atuais desafios dos sistemas de saúde no mundo (OMS, 1978, 2000, 2018). O modelo do sistema de saúde deve ser estrategicamente adaptado a cada população, de acordo com objetivos, valores, perfil da população e diversidade dos *stakeholders*, garantindo a prestação de serviços de maneira coordenada e integrada (CONASS, 2016).

No modelo proposto de APS, os serviços de saúde são organizados para garantir a equidade do acesso da população, baseando-se no modelo inglês das Redes de Atenção à Saúde (RASs), descrito no Relatório Dawson de 1920 (PENN et al., 1920). A medicina preventiva integra-se com a curativa e surge o conceito de território, de níveis de complexidade, a figura do *general practitioner* (GP) ou médico generalista, a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e a hierarquização do cuidado, de forma integrada (MENDES, 2011).

Na concepção de Barbara Starfield, a APS também é a entrada no sistema de saúde e com foco centrado na pessoa e não na enfermidade, fornecendo atenção para a maioria das condições e coordenando ou integrando a atenção fornecida por outros serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O envelhecimento da população também acontece no Brasil e é percebido na pirâmide etária, que já se aproxima do modelo das pirâmides de países desenvolvidos. Com o aumento da expectativa de vida e a mudança no perfil epidemiológico, o Brasil enfrenta a tripla carga de doenças, convivendo simultaneamente com as doenças infecciosas dos países em desenvolvimento, as doenças crônicas não transmissíveis do mundo desenvolvido e com causas externas como a violência, ocasionando expressivos impactos no sistema de saúde.

O sistema de saúde do Brasil tem financiamento público-privado, com dois tipos de organização de rede: o Sistema Único de Saúde (SUS) representando o sistema público e a Saúde Suplementar que representa o sistema que o complementa através de planos de saúde e do *out-of-pocket*. A não integração das duas redes, contribui para a fragmentação do sistema.

Segundo Mendes, a tendência é que os sistemas fragmentados sejam substituídos pelos modelos de sistemas integrados em rede, com a missão de ofertar acesso a uma determinada população, com cuidado contínuo e integral, coordenado pela APS.

Cuidado certo, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, com equidade e responsabilidade, gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

No cenário da Saúde Suplementar, a perda do poder econômico ou de vínculos empregatícios formais, refletiu na redução do número de beneficiários. Em dezembro de 2018, 24.4% da população brasileira estava coberta pela Saúde Suplementar, principalmente às custas dos planos coletivos empresariais que representam a maior parcela desse mercado (66,94%). (ANS, 2019).

As empresas privadas financiam uma parcela expressiva da saúde suplementar e buscam maior eficiência no uso desses recursos, passando a assumir importante papel na inovação em saúde, com a introdução de programas de qualidade de vida e novos modelos de saúde da sua população de empregados e familiares, com a vantagem de ser uma população fechada, o empregador tem acesso a informações de hábitos de vida, ocupacionais, de saúde e da utilização do plano de saúde (HYMEL et al., 2011).

Apoiadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as empresas e operadoras mobilizam-se pela busca do modelo de saúde populacional, com a APS como porta

de entrada e como solução para a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar, junto com a melhoria das condições de vida e de trabalho da população, aumentando a longevidade e alterando o padrão demográfico e epidemiológico. Programas de gestão de saúde populacional devem envolver todas as necessidades de saúde e bem-estar, através da participação, engajamento e intervenções individualizadas para a população envolvida (CARE CONTINUUM ALIANCE, 2006).

O *Triple Aim* surgiu como referencial para a gestão da saúde populacional nas empresas, correspondendo às três dimensões ou objetivos que os sistemas de saúde devem buscar para melhorar a qualidade da saúde. São eles: melhorar a saúde das populações, melhorar a experiência do cuidado e reduzir os custos per capita dos cuidados de saúde. A inserção da saúde das populações está associada à necessidade premente de eficiência do sistema, o que pressupõe a adoção do modelo da atenção primária. Dada a importância do *Institute for Healthcare Improvement*, instituição proponente do modelo e de seu maior expoente, Donald Berwick, este conceito passou a ser adotado por importantes prestadores privados de saúde no Brasil, inspirando muitos dos programas de saúde populacional desenvolvidos por diferentes atores (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008).

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), desde 2013 comprometeu-se com o *Triple Aim* e em 2017 iniciou a sua atuação em Gestão de Saúde Populacional, com a APS como porta de entrada no sistema, tornando o modelo de atenção proativo e focado no paciente. Este modelo privilegia a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de minimizar o impacto das enfermidades e gerar valor em saúde. Trata-se do Programa Cuidar que será apresentado e discutido neste trabalho.

A SBIBAE será chamada de Einstein, nome que a identifica no mercado saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a implantação do Programa Cuidar e seu modelo de gestão de Saúde Populacional.

2.2 Objetivos Específicos

Apresentar os resultados obtidos nos dois anos do Programa Cuidar.

Identificar e analisar fatores facilitadores e limitantes no processo de implantação do Programa Cuidar e as oportunidades de melhoria.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Os Sistemas de Saúde

Ao analisar um sistema de saúde é preciso considerar os determinantes de saúde da população estudada, os aspectos demográficos e culturais da evolução da população e a capacidade de mudança. Com base no perfil da população, o gestor pode comparar os diferentes sistemas de saúde e definir o modelo mais adequado à sua realidade. Para uma gestão mais equânime e eficiente, é necessária a reorganização de serviços, a implementação de mecanismos regulatórios e a alocação de recursos para permitir a prestação de contas à sociedade (CONASS, 2016).

Para a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), quando são comparados os sistemas de saúde e de serviços de saúde, devem ser considerados: cobertura, financiamento, integração entre os atores, serviços e o modelo de organização. O grau de cobertura, determina se o sistema é universal ou segmentado; o financiamento se através de arrecadações fiscais como impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, ou ainda pelo pagamento direto; o grau de integração entre os agentes financiadores e prestadores é composto pelo número de agentes financiadores, pela presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional; a propriedade dos serviços se público, privado lucrativo ou filantrópicos e por fim os serviços prestados podem ser de cuidados, de remuneração ou de regulação (FIOCRUZ, 2003).

Independente das divergências político-econômicas e dos sistemas de saúde, o envelhecimento da população conduz os países para a reestruturação dos modelos assistenciais e de pagamento. Aposta-se na eficiência do modelo de prevenção e na assistência integrada, com uso da Medicina Baseada em Evidências (MBE), inclusive para novas incorporações tecnológicas. A construção de sistemas moderadores e de copagamentos surgem para frear a demanda e auxiliar no financiamento dos sistemas. Na Europa há várias práticas diferentes de copagamento. Portugal, por exemplo, tem um modelo mais agressivo coparticipando consultas,

pronto-socorro e internações, no Reino Unido e na Espanha há isenção de copagamento, desde consultas até as internações para grupos específicos com doenças crônicas, como a AIDS.

O principal desafio comum aos sistemas de saúde da América Latina é avançar em universalidade com integralidade e equidade, garantindo ao indivíduo a assistência de acordo com a sua necessidade e a contribuição, para o financiamento do sistema, de acordo com a sua possibilidade.

Eleonor Conil explica didaticamente que existem três modelos de sistemas de saúde: o sistema tipo pluralista empresarial permissivo, o sistema de seguro público e o sistema nacional de saúde, que serão abordados nos subitens a seguir (CONIL, 2012).

3.1.1 Sistema tipo pluralista empresarial permissivo

Tem como representante os EUA, com gasto saúde de 17.4% do PIB, com custos crescentes e modelo segmentado e fragmentado, com financiamento público-privado. O sistema público para a população carente, coexiste com o sistema privado (seguros privados e *out-of-pocket*).

Nos sistemas públicos *Medicare* e *Medicaid* a cobertura é básica e somente para a população vulnerável e não produtiva, representada por idosos, desempregados e aposentados, com opcional de complementação para maior cobertura. A cobertura vai de algum acesso a nenhum acesso e os custos *out-of-pockets* com saúde podem levar os indivíduos à falência. Os indicadores de acesso são ruins. Participam instituições públicas e privadas como o órgão federal *Health and Human Services* (HHS), com atuação de Ministério da Saúde, além de intervenções do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *Food and Drug Administration* (FDA). Os sistemas públicos não trabalham as questões do territorialização, universalidade ou de equidade dos sistemas universais.

A população não elegível ao sistema público usa a saúde privada, na forma de *out-of-pocket* ou de operadoras de saúde, por contratação direta ou através de vínculo empregatício. O maior cliente das operadoras de saúde é o segmento empresarial. As operadoras dificultam a entrada no plano de saúde através de investigatório de doenças e condições pré-existentes, para evitar a adesão de usuários de risco, como idosos e doentes crônicos. Como fator regulador desses riscos, as operadoras trabalham com franquias, estabelecendo uma franquia ao paciente, ou seja, um limite de valor inicial como ônus para a assistência. O modelo de remuneração predominante é o *fee-for-service*.

Em 2010 a reforma *Patient Protection and Affordable Care Act (Obama Care)*, estabeleceu mudanças progressivas no sistema de saúde americano, ampliando a cobertura do *Medicare* e do *Medicaid*, tornando o seguro saúde privado obrigatório e subsidiando as famílias de baixa renda. Os empresários foram incentivados a melhorar as coberturas dos seguros saúde dos trabalhadores, evitando a seleção adversa pelas empresas seguradoras. Os resultados das seguradoras são monitorados pelo *Medicare Shared Savings Program (MSSP)*, incentivando melhores práticas.

3.1.2 Sistema de Seguro Público

Representado pelo modelo francês, conta com serviços públicos e privados, é regulamentado pelo Estado, garantido financeiramente pelos impostos e pelas contribuições de empregadores e de empregados. O gasto com a saúde na França corresponde a de 11.6% do PIB, com 77% no setor público. Desde 2000 tem cobertura universal de assistência pública, extensiva a todos os residentes legais da França e é um modelo mais solidário e com mais equidade que o modelo americano.

Pratica o modelo de remuneração misto, desde 2004, com pagamento por DRG (*Diagnosis related groups*) para hospitais públicos e privados, *fee-for-service* para atendimento ambulatorial e o *staff* dos hospitais e das clínicas são assalariados. A gestão é descentralizada por regiões e o Ministério da Saúde tem papel de reitoria. Adotam medidas para diminuição de gastos, aumento da eficiência, estímulo ao modelo de referência e contrarreferência e informatização de prontuários. A regulação de procedimentos, órteses, prótese e materiais especiais (OPMEs), medicamentos prescritos, obedece aos padrões de segurança e efetividade da União Europeia.

3.1.3 Sistema Nacional de Saúde

É o modelo de sistema de saúde praticado no Reino Unido, no Canadá e na Espanha. A referência principal desse modelo é o *National Health Service (NHS)* da Inglaterra, com gasto saúde de 9.8% do PIB, sendo 83% em serviço público, com financiamento por fontes fiscais.

O modelo assistencial de acesso é pela APS, pelos GPs e por georreferenciamento. Há integração da atenção primária, com saúde pública e serviços comunitários, sob a gestão da direção executiva do NHS, em nível ministerial. O modelo de remuneração é assalariado para

profissionais dos hospitais e por *capitation* nos consultórios, em transição para pagamento por performance.

O NHS *RightCare* ou Cuidado Certo é um programa do NHS da Inglaterra que visa o mais adequado cuidado ao paciente, com melhor investimento (*best value for money*) e melhor eficiência e desfecho, oferecendo o correto acesso, cuidado certo, no lugar certo, no tempo certo, de forma certa, garantindo a sustentabilidade do sistema de saúde e maior equidade. As sociedades médicas apoiam o programa e contribuem com pareceres baseados em evidência para as tomadas de decisões em relação às práticas assistenciais, reduzindo a variabilidade injustificada, melhorando o uso dos recursos, evitando o desperdício. O NHS *RightCare* é baseado em três pilares: a inteligência da informação, a inovação de cuidados e a implementação de mudanças sustentáveis que visam melhorar a saúde populacional.

3.2 O Sistema de Saúde Brasileiro

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais que oferecia assistência médica apenas em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. A assistência médica era garantida às tropas militares e oferecida como filantropia nas Santas Casas. Na segunda metade Século XX, os trabalhadores com carteira assinada passaram a ter acesso à assistência médica, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e posteriormente do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os brasileiros que não possuíam vínculo empregatício utilizavam serviços de filantropia, hospitais estaduais, municipais ou pagavam.

Com a criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro passou a ser universal, com serviços públicos garantidos pelo governo e complementado pela saúde suplementar e/ou sistema privado. A utilização dos dois acessos, dificulta a integração de dados e a coordenação do setor.

O financiamento é público-privado e segundo os dados do Banco Mundial o gasto total em saúde no Brasil em 2018 representou 8% do PIB, sendo 55% gasto privado (4,4% do PIB) e 45% gasto público (3,8% do PIB) (OPAS, 2019).

O sistema de saúde brasileiro enfrenta o mesmo desafio dos países europeus e de outros países da América Latina, que é de encontrar soluções que garantam a sustentabilidade e equidade, alinhado com os objetivos da Cobertura Universal de Saúde da OMS.

3.2.1 O SUS

A Constituição Federal de 1988 desenhou o SUS nos preceitos da OMS: promoção, proteção e recuperação da saúde e tendo como base a descentralização, a universalidade, a integralidade e a equidade. A Lei nº 8080 de 1990 descrevia a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Os pilares do SUS são: a universalidade, que garante a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde públicos ou privados, sem que sofram dificuldades financeiras; a integralidade, que garante a cobertura total das ações de saúde, independente da natureza ou do nível de complexidade dos serviços de saúde e a equidade que garante suprir as necessidades distintas, diminuindo as desigualdades. É considerado “único” no sentido da unificação de todos os serviços públicos e ações em um só sistema. A universalidade é o princípio mais adotado internacionalmente, tendo se tornado meta das Nações Unidas para todos os países.

Dentre as coberturas do SUS está a saúde do trabalhador, prevendo ações de epidemiologia e vigilância sanitária, promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Em 2011 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, incluindo ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores. Em 2012 surgiu o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) com objetivo de harmonizar a legislação trabalhista, sanitária, previdenciária e de criar uma agenda integrada de estudos e pesquisas em Saúde e Segurança do Trabalhador.

O SUS foi inspirado no Relatório Dawson do governo inglês (1920) e estrategicamente estruturado no conceito de organização de redes de saúde, como solução à fragmentação dos sistemas de saúde. A proposta foi a de integração da medicina preventiva com a curativa, introduzindo o conceito de territorialização, de níveis de complexidade e utilizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, a atenção secundária em unidades ambulatoriais de especialidades e a terciária nos hospitais de referência. Todos os serviços passaram a ser integrados e com coordenação única, como: o sistema de informação, os mecanismos de referência entre níveis de atenção à saúde e/ou territórios, que garantem o acesso e a integralidade e diminuem as desigualdades, ofertando o ciclo completo de cuidados e o atendimento certo, na hora certa, com a qualidade certa (MENDES, 2011).

O SUS passou a ter diretrizes para organização das redes de atenção à saúde, apoiando a criação de RASs para condições crônicas, agudas e alguma condição específica ou rede

temática. Programa Mãe Curitibana, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial para transtorno mental, álcool e drogas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas são alguns exemplos de RASs (CONASS, 2016).

Como incentivo à APS, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado de Estratégia de Saúde da Família, com foco no cuidado primário, com assistência por equipes multidisciplinares e interdisciplinares integradas, com atendimento em serviços ambulatoriais e com cuidados domiciliares, mudando estrategicamente do modelo de assistência individual para o familiar e regionalizando os serviços públicos.

Em 1998, com a Lei nº 9656, houve a redefinição do papel do Estado, que passou a assumir as funções de regulação e coordenação do sistema de saúde, surgindo as agências reguladoras: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O SUS, que há trinta anos universalizou e igualou o direito à assistência médica, independente de vínculo trabalhista, é uma conquista do povo brasileiro.

3.2.2 A Saúde Suplementar

Em seguida à criação das Caixas e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões surgiram as auto-gestões, cooperativas médicas, medicinas de grupo e seguradoras de saúde, sem qualquer critério regulatório pelo Estado. As seguradoras, incluindo as de saúde, eram regidas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

A Lei nº 9.656 de 1998 que regulamentou a Saúde Suplementar, também padronizou a cobertura dos contratos a partir de 01 de janeiro de 1999. A partir de então, os produtos passam a ser segmentados em planos médicos com cobertura ambulatorial ou hospitalar com ou sem obstetrícia e em planos odontológicos. A modalidade chamada plano de saúde, garante o atendimento em uma rede de prestadores da operadora, enquanto a modalidade seguro saúde, garante o pagamento pelos gastos na rede escolhida pelo segurado através de reembolso.

Em 2000, a Lei nº 9961, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como função regulamentar, fiscalizar, punir, educar e orientar as operadoras de saúde para garantir a disciplina, uniformidade e sustentabilidade do mercado suplementar (IESS, 2008). Para permitir a interoperabilidade entre os sistemas de informação, foi estabelecido um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados dos beneficiários, fornecidos pelas operadoras,

permitindo à ANS o acompanhamento assistencial e financeiro-econômico. Esse padrão de Troca de Informação da Saúde Suplementar é conhecido pela sigla TISS.

A cobertura assistencial obrigatória é definida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes de Utilização (DUT) norteiam a cobertura de procedimentos na saúde suplementar e as autorizações são padronizadas por uma Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A atualização do Rol e das DUTs, acontece a cada dois anos, quando há a incorporação de novas tecnologias (ANS, 2019). Além do Rol, a ANS regula a qualidade dos serviços, a rede de atendimento, a eficiência, a equidade e o equilíbrio econômico-financeiro do setor privado e determina o índice de reajuste nos planos individuais.

Desde 2005 a ANS, através de Resoluções Normativas (RNs), incentiva as operadoras de planos de assistência à saúde a implantar ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários. Em 2011 a agência definiu os conceitos e estabeleceu as modelagens dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças (PROMOPREV), lançou a cartilha incentivando a participação de operadoras e beneficiários, com bonificação e premiações para a adesão aos programas, apoiando o novo modelo do cuidado de saúde e não do tratamento da doença. Em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e com a OMS Brasil surgiram os Laboratórios como o de Inovações na Saúde Suplementar, o Assistencial em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (2012), o de Segurança do Paciente (2017) e o de Experiências de Atenção Primária com medicina de família e comunidade.

A partir de 2014 surgem os projetos da ANS como o Projeto Idoso Bem Cuidado (2016); Indução de Melhores Práticas no Mercado de Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPME (2016); Projeto OncoRede para a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos (2016); Projeto Parto Adequado de atenção ao parto e nascimento (2016); Projeto Sua Saúde, que estimula a participação mais proativa de pacientes e usuários em relação à tomada de decisão em saúde (2017); Projeto Sorrir (2017) para o segmento odontológico; Projeto Enfrentamento da Obesidade e do Sobrepeso (2017).

Houve também a padronização do Contrato entre operadoras e prestadores (2016); o QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (2016); o Certificado de Boas Práticas na APS, que incentiva a melhoria do acesso à rede, da qualidade da atenção à saúde e da experiência do beneficiário (2018) e o Guia para Implementação de Modelos de Remuneração em Valor (2019).

Segundo a ANS, a taxa de cobertura da Saúde Suplementar, que é definida como a razão entre o número de beneficiários da Saúde Suplementar e a população do Brasil, apresentou

crescimento entre os anos de 2000 (17.6%) e 2015 (25.9%) e a partir de então, entrou em declínio. Os locais de maior concentração de plano médico são as regiões sudeste e sul e o Estado de Mato Grosso do Sul, que possuem a maior taxa de concentração populacional, as regiões norte e nordeste são as que têm a menor concentração de planos médicos.

O cenário da Saúde Suplementar em dezembro de 2018 era de 47,3 milhões de beneficiários, representando 24.4% da população brasileira. Havia 743 operadoras médicas ativas com beneficiários e os custos assistenciais médicos foram de R\$ 120 milhões. A distribuição nos planos privados de saúde por tipo de contratação era de 66,94% no plano coletivo empresarial (31,7 milhões), 19,26% no individual ou familiar, 13,55% no coletivo adesão e 0,26% não informado, como é possível observar na figura 1 (ANS, 2019).

Figura 1 – Cenário da Saúde Suplementar em 2018

Beneficiários	Varição no mês	Taxa de cobertura	Operadoras em Atividade	Operadoras Ativas com beneficiários	Planos Ativos
47.367.201	0,06%	24,42%	770	743	18.261

Beneficiários por tipo de contratação	
Individual ou Familiar	9.079.778
Coletivo	38.166.940
Coletivo Empresarial	31.752.552
Coletivo por adesão	6.413.143
Coletivo não identificado	1.245
Não Identificado	120.483

Demandas do consumidor	
Informação	19.380
Reclamação	9.462
Cobertura	6.909
Contratos e Regulamentos	1.891
Mensalidades e Reajustes	596
Outros Temas	66

Operadoras com planos ativos por tipo de contratação	
Individual ou Familiar	488
Coletivo Empresarial	623
Coletivo por adesão	549

Receita/Despesa no Ano		
	3º Tri/2017	3º Tri/2018
Receita de contraprestações	129.826.936.818	142.905.247.633
Outras receitas operacionais	12.256.198.900	12.697.023.742
Despesa assistencial	110.446.620.227	120.057.720.892
Despesa administrativa	13.464.532.999	14.083.622.168
Despesa comercialização	3.775.058.368	4.055.522.669
Outras despesas operacionais	12.602.579.220	13.720.852.288
Taxa de sinistralidade	85.1%	84.4%

Fonte: ANS, 2018

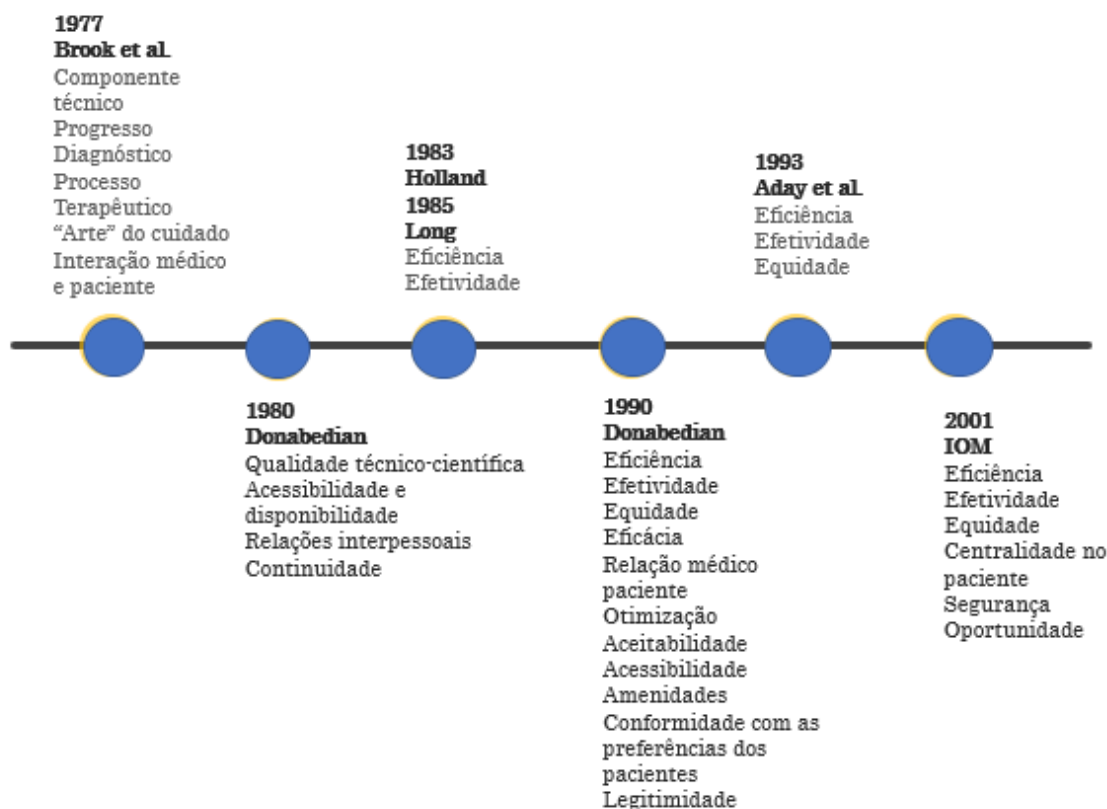
O portal da ANS garante a transparência através da disponibilização de dados do setor, informações e avaliações sobre as operadoras, assim como consultas públicas.

A população brasileira percebe o acesso à saúde suplementar através do benefício saúde oferecido pelas empresas, como diferencial de mercado e salário indireto, sendo considerado como fator de retenção no emprego (ABQV, 2015; CHAPCHAP et al., 2017).

3.3 Qualidade em Saúde

Qualidade é um conceito multidimensional e subjetivo, que foi se modificando ao longo do tempo e de acordo com os autores. A figura 2 apresenta a evolução do conceito:

Figura 2 – Dimensões da Qualidade do Cuidado



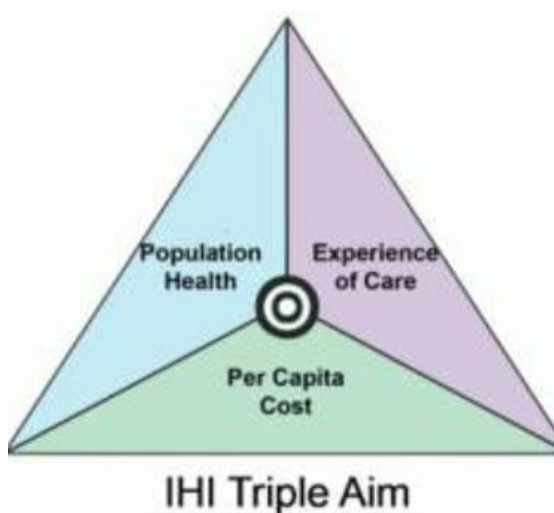
Fonte: FIOCRUZ, 2014

Para Donabedian, um dos autores precursores da área de Qualidade em Saúde, inicialmente (1980) qualidade era o máximo de bem-estar ao paciente conseguido entre ganhos e perdas no cuidado. Mais tarde para o mesmo autor (2003), qualidade passou a ser o máximo do conhecimento científico-tecnológico que se aplicava ao cuidado do paciente. Foi no conceito do *Institute of Medicine* (IOM), em 2001, que a segurança do paciente apareceu como dimensão de qualidade do cuidado, sendo internacionalmente a mais aceita (MARTINS, 2014).

Com a alta variabilidade da assistência médica e insustentabilidade do sistema de saúde americano, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) divulgou, em 2007, uma nova abordagem na busca pela qualidade, o *Triple Aim* que tem três dimensões a serem atingidas. A melhoria da experiência da assistência médica; a melhoria da saúde da população e a

diminuição do custo. As instituições, comprometeram-se com a busca do *Triple Aim*, algumas inicialmente impulsionadas pela questão da redução do custo na saúde (BISOGNANO; KENNEY, 2015).(Figura 3).

Figura 3 – Dimensões do *Triple Aim*



Fonte: IHI, 2019

Para melhorar a experiência do paciente o foco é garantir uma assistência efetiva, segura e confiável. Em 2000 o livro *Errar é Humano* do IOM abordou a cultura de segurança através da prevenção de erros associados à assistência, à saúde e à redução de seus efeitos, para evitar os desfechos catastróficos, tempo de internação prolongado e custo desnecessário. Fatores como o envelhecimento da população, múltiplas comorbidades, aumento da complexidade dos cuidados e restrições de orçamento são ameaças à segurança do paciente. Cuidado centrado no paciente e nos profissionais de saúde, cultura organizacional com apoio da liderança, práticas baseadas em evidência, processos bem definidos, sistemas de alerta, registros adequados e transparentes no prontuário, definição dos papéis, planos sustentáveis, objetivos claros, trabalho em equipe com foco na colaboração e comunicação, educação continuada e monitoramento de resultados e notificação e análise de eventos adversos, processos de melhoria continua auxiliam a prevenir danos e potenciais erros, contribuindo para uma melhor experiência do paciente.

Para melhorar a saúde populacional é necessário conhecer o perfil demográfico, epidemiológico, estratificar a população e estabelecer as linhas de cuidados, desde a prevenção e promoção de saúde, bem-estar, autocuidado, até o controle de condições crônicas e terapias, de acordo com as necessidades individuais e do coletivo.

A diminuição dos custos per capita é consequência do planejamento de modelos assistenciais adequados às necessidades das populações, da garantia do cuidado certo e de modelos de remuneração mais adequados, além de plataformas de aferição e controle de custos.

Ao acrescentar uma quarta dimensão, a melhoria da experiência da prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, surge o *Quadruple Aim*. O profissional satisfeito, alegre e percebendo o significado na prestação do seu cuidado, tem melhor performance individual e em grupo, realiza um trabalho de alto valor e com mais segurança, contribuindo para o cumprimento do *Triple Aim* (SIKKA; MORATH; LEAPE, 2008).

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) estimula a transparência na aferição do cumprimento das metas, avaliando a experiência de cuidados, do engajamento do paciente, de práticas continuadas, medição de custos e estado de saúde, para cancelar a qualidade dos serviços de saúde. No Brasil a ANS com o Programa de Qualificação das Operadoras e dos Prestadores e a ANVISA, com a portaria de Segurança do Paciente, incentivam a busca por padrões de qualidade da assistência e da segurança do paciente e diferentes modelos de acreditação e certificação respaldam a boa prática de gestão de serviços de saúde (SCHIESARI, 2014).

3.4 Valor em Saúde

Valor em saúde é definido como o benefício máximo de saúde, a um custo mínimo, com a melhor experiência do paciente (PORTER; TEISBERG, 2007).

Valor em saúde é função do resultado para o usuário, considerando a qualidade do serviço, desfecho clínico e sua experiência, dividido pelo custo de todo o ciclo de cuidado. O conceito de valor deixa de ser apenas baseado em tabelas de preços, sendo baseado na entrega ao paciente e a melhor relação com o recurso utilizado (ANAHP, 2019).

O primeiro componente da equação de valor da saúde é o resultado da assistência. O resultado deveria ser medido como sobrevivência, bem-estar, qualidade de vida, preservação da autonomia, duração do tratamento, complicações e sustentabilidade da recuperação. O segundo componente da equação de valor é a aferição dos custos necessários para propiciar esses resultados. Resultados melhores costumam caminhar junto com custos menores, no ciclo completo de assistência.

Para avaliar o que importa para o paciente são usadas medidas reportadas por eles, em relação aos desfechos, que são os *Patient-Reported Outcomes Measures* (PROMs) e em relação

às suas experiências, que são os *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs). Perguntar ao paciente o que importa para ele, como no projeto *What Matters to You*, mostra que o cuidado centrado no paciente melhora os resultados clínicos e a experiência do paciente (DIGIOIA; CLAYTON; GIARUSSO, 2016).

O processo de mensuração de custo engloba padronizar protocolos, melhorar os sistemas de informação, eliminar processos e variações desnecessárias que não agreguem valor, melhorar a utilização da capacidade de recursos, hierarquizar cuidados, otimizar o ciclo completo da assistência, da prevenção à reabilitação.

O *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) definiu padrão de aferições, como dados demográficos dos pacientes, linha de base, tratamentos, complicações e PROMs e estabeleceu o conceito de cuidados de saúde baseado em valor, o *Value Based Health Care* (VBHC) (ANS, 2019). Esses padrões de desfechos permitem a comparação entre instituições de saúde. Já existem 26 condições médicas ou perfis de pacientes padronizados, que avaliam 50% da carga global de doenças. Esses desfechos compartilhados permitem ao paciente a tomada de decisão em relação à escolha de um serviço (SILVA; MALIK, 2019).

A ANAHP desenvolveu o Programa de Desfechos Clínicos e desde 2018 lidera a medição destes desfechos na América Latina, em instituições de excelência, como: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Aliança, Hospital do Coração – HCor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Márcio Cunha, Hospital Mater Dei, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Samaritano, Hospital Santa Izabel, Hospital São Camilo Pompeia, Hospital Sírio-Libanês, Hospital Tacchini e Hospital Vera Cruz.

A ANS comprometida com as repercussões na assistência, nos desfechos e na sustentabilidade do setor saúde, publicou em 2019 o “Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor”, para estimular e orientar o mercado da Saúde Suplementar sobre novos modelos de remuneração (ANS, 2019).

A remuneração baseada no valor premia o prestador que garante o melhor atendimento ao menor custo e que minimiza complicações em vez de criá-las. A falta de dados corretos sobre custos do ciclo inteiro de assistência é o principal entrave à adoção de abordagens alternativas de remuneração, mais alinhadas com o valor (KAPLAN; PORTER, 2013).

3.5 Modelos de Remuneração

Com os custos crescentes em saúde surgem discussões sobre modelos de remuneração mais sustentáveis. Países desenvolvidos já adotam modelos de remuneração que não são por serviço, como o *capitation*, *bundled services* e *Diagnosis related groups* (DRG), que serão comentados.

No Brasil, o principal modelo de remuneração da saúde suplementar é o *fee-for-service*. Desde 2016 a ANS está engajada na busca por modelos de remuneração inovadores, baseados em valor, com menor custo e maior qualidade e em 2019 publicou documento instrumentalizando as operadoras e prestadores de serviços para a adoção desses modelos (ANS, 2019).

O modelo *fee for service*, ou pagamento por serviço, é um pagamento retrospectivo e estimula o gasto com saúde, pois remunera pela quantidade de procedimentos, sem considerar a qualidade do atendimento, nem o desempenho, nem os desfechos e é talvez o maior obstáculo para melhorar a qualidade da assistência médica. Esse modelo que é o mais usado para remunerar os profissionais de saúde, normalmente está associado ao modelo de pagamento de despesas hospitalares, como diárias e taxas.

O *Capitation* é um modelo prospectivo, de orçamento predefinido, com previsibilidade, no qual os prestadores recebem um valor fixo por mês, por pessoa coberta, para todos os serviços de saúde que forem necessários ao longo de um período contratado. A falta de dados estatísticos da população como o perfil epidemiológico, a base estatística das enfermidades e sua estratificação de risco, por região, faixa etária e raça é fator limitador para o modelo.

A orçamentação ou *global budget* é outro modelo prospectivo, com valores baseados em uma programação orçamentária e série histórica de pagamentos anteriores ajustado. Permite boa previsibilidade de gastos para a fonte pagadora, com valor anual fechado para um determinado prestador e boa previsibilidade de receita para o prestador de serviço. Como a receita é fixa, independente dos tratamentos instituídos, gera pouco incentivo para que os prestadores busquem qualidade e melhor relação entre custo e efetividade. A base de dados também é imprescindível para a adequada análise da população e correta precificação. Modelo normalmente utilizado no sistema público de saúde no Brasil.

O risco dos modelos *capitation* e *global budget* é que os prestadores selecionem o risco e dificultem ou neguem acesso a procedimentos e serviços mais caros.

O pagamento por desempenho ou *pay for performance* é o modelo que remunera médicos, hospitais, grupos médicos e outros profissionais e prestadores de serviços de saúde de acordo

com seu desempenho, premiando os que atingem metas de qualidade e eficiência e penalizando por resultados de saúde ruins, como eventos adversos ou custos desnecessários. A dificuldade desse modelo de remuneração, também prospectivo, é a implantação e monitoramento dos indicadores de qualidade.

No *Diagnosis related groups* (DRG) são criados grupos diagnósticos homogêneos e é feita uma classificação pelo consumo de recursos para uma mesma condição, considerando a complexidade do caso, o que permite remunerar de acordo com gravidade. Adequado para a gestão clínica e financeira de um serviço de saúde, permite a previsibilidade do tempo de permanência e do custo médio. É um modelo misto, sendo prospectivo do ponto de vista do diagnóstico e retrospectivo pelos demais fatores (ANS, 2019). Estimula a redução de desperdícios pelos prestadores e permite a comparação dos custos hospitalares e da qualidade e eficiência dos tratamentos, contribuindo para a maior transparência nos hospitais.

No modelo *bundled services* o prestador recebe por um valor acordado com a fonte pagadora e torna-se responsável pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo um ciclo de tratamento, para uma condição específica, que pode ser clínica ou cirúrgica, incluindo reinternações, complicações, pós cirúrgico e inclusive adicionando serviços que não seriam cobertos pelo *fee-for-service*, mas que agregam valor para os pacientes. O risco maior é do prestador, que deve se estruturar para redução de custos com bom desempenho, pois dele depende a rentabilidade e fidelidade do pagador. O modelo é defendido por Porter e Kaplan (2016) e tem demandado grande esforço, devido à complexidade da sua implantação que requer informação sobre a evolução populacional e suas doenças, para viabilizar análises evolutivas dos resultados, em qualidade e economia e a base de dados depende da troca de informações entre prestadores de serviços. Esse sistema é ideal em hospitais especializados e com corpo clínico fechado.

No *bundled services*, assim como no DRG, as variações nas comorbilidades e nos diagnósticos representam maior risco para precificação, por outro lado, procedimentos mais simples e previsíveis como apendicite e parto, são precificados com menor risco. O modelo já está sendo utilizado em alguns serviços de saúde americanos e europeus, para condições de artroplastias, tratamento de doença cardíaca congênita, diabetes tipo 2, DPOC e câncer de próstata.

O modelo *bundled* é adequado para sistemas de saúde próprios, para empregadores, ou para sistemas únicos como Canadá, Suécia (PORTER; KAPLAN, 2016). Empregadores são os *players* que deverão incentivar essa mudança de modelo e muitos têm inclusive condições de contratar diretamente seus prestadores.

Todos os modelos de remuneração têm vantagens e desvantagens e não há consenso sobre o melhor. Alguns autores apoiam a associação de modelos, de acordo com a complexidade dos eventos (CONRAD, 2015). Sabe-se que o modelo *fee-for-service* incentiva o maior volume de procedimentos e não estimula os prestadores a reduzirem custos, enquanto os modelos de *bundled services* os motiva a essa redução. Modelos de pagamento prospectivo parecem ter redução de 1.2 % nos gastos com saúde, ao serem comparados com modelos retrospectivos, que são os *fee-for-services* (REIS, 2017).

3.6 Saúde Populacional

A *Care Continuum Alliance* (CCA) considerava que através da promoção e melhoria da saúde da população, o maior estado de saúde seria atingido. O modelo de melhoria da saúde populacional proposto, começa com a identificação das populações; avaliação das suas necessidades; conscientização sobre riscos comportamentais e de estilo de vida; prevenção primária e mudanças dos comportamentos de risco e de estilo de vida. A monitorização e avaliação dos resultados dessas ações também integram o modelo (CCA, 2016).

A proposta é o cuidado coordenado, centrado no paciente, com qualidade e com o envolvimento ativo e alinhado de todos os profissionais de saúde e dos pacientes, cuidadores e familiares, de forma proativa, responsável e contínua, para cuidar da saúde e da doença. O contínuo de cuidados inclui a promoção de bem-estar e saúde, prevenção, coordenação de cuidados, gerenciamento de condições crônicas e de casos complexos, com foco na melhoria dos resultados de saúde, na qualidade de vida e na redução dos custos evitáveis com as doenças crônicas. A *Population Health* defende que o engajamento do paciente no seu cuidado seja o principal determinante dos seus resultados e o coloca como o real criador de valor.

No Brasil, a Aliança para a Saúde Populacional (ASAP), criada em 2012, estimula a gestão de saúde populacional. A ASAP é associada à *Population Health Alliance* (PHA), que se chamava *Care Continuum Alliance* (CCA). Em 2015 a ASAP iniciou trabalho com a ANS, definindo ações e programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, para a sustentabilidade da saúde suplementar. Desenvolveu o conceito de gestão de saúde populacional, com modelos centrados no paciente, para melhorar a condição de saúde e prevenção de doenças, divulgar programas inovadores, operações, medições de resultados e metodologias. A Gestão de Saúde Populacional (GSP) tem como objetivo a transformação do modelo antigo que esperava surgir a doença, em um modelo proativo, que através de predições

e previsões, identifica as populações de risco e atua prevenindo as enfermidades ou minimizando seus impactos. (ASAP, 2013).

Com o setor corporativo sendo o maior financiador da saúde suplementar, em 2017 a ASAP, com o apoio da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH), incentivou a participação das empresas na gestão da saúde populacional, contribuindo para um sistema de saúde mais saudável, agregando valor para os colaboradores, melhorando a produtividade e a sustentabilidade do benefício saúde, com redução de custos (ASAP).

A Gestão de Saúde Populacional (GSP) auxilia na análise do impacto dos determinantes de saúde e no conhecimento do risco de uma população, permitindo ações para grupos específicos e foco no envelhecimento saudável. A aferição de resultados, com base em indicadores populacionais, monitora a sustentabilidade econômica do setor de saúde suplementar.

Focar em estratégias para fatores de risco individuais sem considerar os determinantes sociais é pouco eficaz. Comportamentos de risco como hábito de fumar, beber, alimentação não saudável e sedentarismo não dependem só de escolha dos indivíduos, mas principalmente de determinantes sociais, culturais ou econômicos. Faz-se necessária a adoção de medidas de intervenção populacional para diminuir esses hábitos na população em geral (CARVALHO, 2012).

Estudos buscam a relação entre diferentes fatores e condições de saúde. No modelo de Dahlgren e Whitehead, um dos mais referidos na literatura, os determinantes da saúde estão dispostos em diferentes níveis, conforme apresentado na figura 4

O indivíduo é o centro do modelo com suas características de idade, gênero e fatores genéticos. No primeiro nível são os fatores relacionados com o estilo de vida. No segundo nível são as redes de apoio sociais e comunitárias, indispensáveis para a saúde da sociedade. No terceiro nível são os macrodeterminantes: aspectos econômicos, ambientais, culturais da sociedade que têm grande influência nos níveis anteriores. Conhecer os determinantes sociais da saúde reduz as iniquidades em saúde, melhora a saúde e melhora o bem-estar, promovendo o desenvolvimento e colaborando nas metas de saúde (PELEGRINI, 2011).

Figura 4 – Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: PELLEGRINI, 2011

O estilo de vida tem significativo impacto nas doenças crônicas não transmissíveis. Os fatores de risco modificáveis, como a falta de atividade física, a alimentação não saudável, o tabagismo e o uso abusivo de álcool merecem ser abordados e combatidos, principalmente em ambientes de trabalho, onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo.

O sedentarismo e a alimentação inadequada contribuem para o aumento de casos de obesidade, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e estão fortemente relacionados ao câncer de mama, entre outros. O tabagismo está relacionado ao câncer de pulmão, doenças respiratórias e cardiovasculares e o álcool e outras drogas, em associação com a alta competitividade, podem levar à doenças mentais, como depressão e perda cognitiva.

Mudanças no estilo de vida, através da conscientização da população, são determinantes para melhorar a saúde e a qualidade de vida, diminuindo o risco de doenças crônicas não transmissíveis e para gerar retorno financeiro positivo, reduzindo o absenteísmo e a utilização indevida de serviços de saúde e melhorando o desempenho profissional. Além dos fatores comportamentais, coexistem fatores como desigualdades sociais, culturais, escolaridade e diferenças no acesso aos serviços de saúde, além da carga genética, que não pode ser modificada (ABQV, 2015).

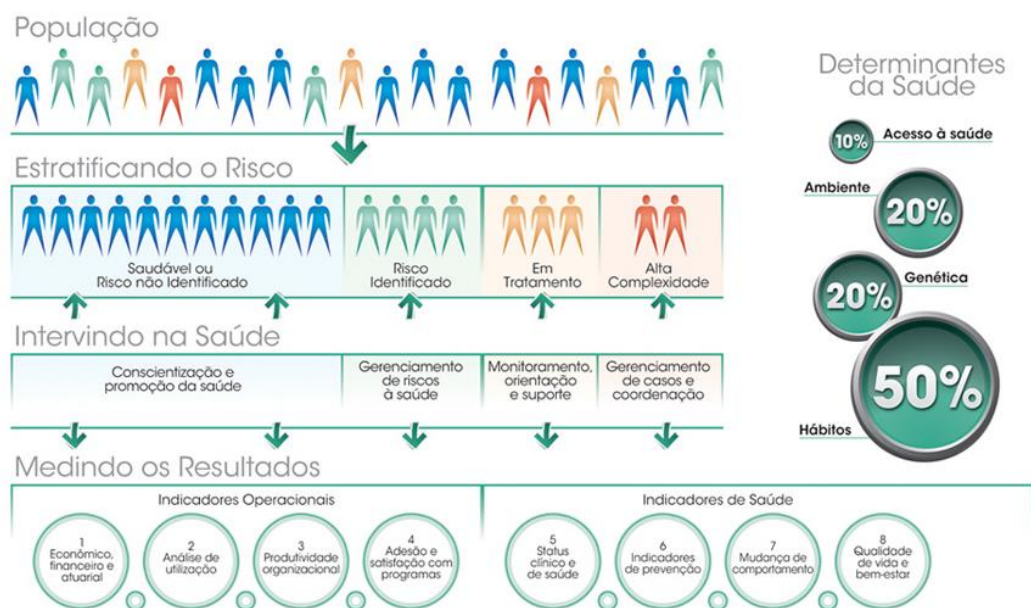
Figura 5 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: VIGITEL, 2019

Segundo dados do inquérito Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (figura 5), em 2017 o tabagismo foi a maior causa de mortes evitáveis, apesar da tendência à redução da prevalência de fumantes de 15.6% em 2006 para 10.1% em 2017. O consumo abusivo de álcool foi de 19.1%, com maior prevalência entre os homens. A prática adequada de atividades físicas no tempo livre aumentou de 29,9% em 2009 para 37% em 2017, com maior frequência no sexo masculino entre 18 a 24 anos. Em relação à alimentação, o consumo recomendado de frutas e hortaliças não foi atingido por 80.4% da população adulta em 2016 e o consumo regular de refrigerantes foi de 14,6% da população em 2017, apesar da redução em relação aos 30,9% em 2007.

Figura 6 – Processo de Gestão da Saúde Populacional



Fonte: ASAP, 2013

Conforme preconizado pela *Care Continuum Alliance*, o processo de gestão de saúde populacional proposto pela ASAP (figura 6) também se inicia com a definição da população, seguido da obtenção de um conjunto de dados clínicos, cadastrais, de padrão TISS, ocupacionais e de outras variadas fontes, que tratados e transformados em indicadores permitem a análise e a definição do perfil epidemiológico. A partir desta etapa, a informação se transforma em conhecimento do cenário, possibilitando a previsão de riscos e os seus determinantes e a probabilidade de ocorrência de algum evento como morte, doença, cura ou outra condição relacionada à saúde em um grupo populacional. A estratificação de risco permite a definição de ações de intervenção na saúde da população.

De acordo com o risco, define-se a complexidade do cuidado necessário. Para os indivíduos saudáveis, são oferecidos os serviços preventivos, *wellness* e de promoção da saúde para ajudá-los a permanecerem saudáveis, estimulando a alimentação saudável, reduzindo o sedentarismo e transformando o estilo de vida. O grupo que apresenta risco à saúde recebe auxílio de programas de gestão deste risco e estímulo ao autocuidado. O grupo portador de doenças crônicas, tem os programas de gestão de doenças, para ajudar no melhor gerenciamento da sua condição. Como suporte há a coordenação de cuidados, que auxilia no entendimento, navegação, gerenciamento e coordenação da saúde e dos recursos de saúde disponíveis (ASAP, 2013).

Não menos importante, é o monitoramento dos indicadores, com periodicidade regular, para avaliar os resultados das ações implantadas e identificar os pontos críticos de melhoria e o sucesso.

As empresas preocupadas com os crescentes custos da saúde, começam a investir na cultura de Gestão de Saúde Populacional, implementando na sua população fechada e controlada, de empregados e familiares, o modelo proativo focado no paciente, mapeando as populações de risco, fazendo predições e previsões para evitar ou minimizar os impactos das doenças. O modelo de Saúde Populacional desponta como solução para a sustentabilidade da saúde suplementar e das empresas, melhorando as condições de vida e de trabalho da população, aumentando a longevidade e modificando o padrão demográfico e epidemiológico.

Um estudo apresentado pela Universidade de Illinois, no ano de 2018, avaliou o impacto da implantação do Programa de Bem-estar nos gastos médicos, absenteísmo, produtividade e condição de saúde e bem-estar, na população de 12 mil empregados. Dos 4934 participantes 66.9% era do grupo de tratamento e 31.1% do grupo controle. O estudo realizou avaliação biométrica, questionário de avaliação de risco e atividades de bem-estar. Após um ano de intervenção, o impacto nas despesas médicas e absenteísmo não foi significativo, concluindo que se faz necessário maior tempo de exposição. O ganho foi na percepção do empregado em relação ao acolhimento pela empresa, preocupada com a saúde dos seus empregados, o que gerou atração e retenção entre os empregados mais saudáveis e tinham menores gastos de saúde (JONES; MOLITOR; REIF, 2018).

Segundo os dados do IBGE, a população brasileira em 2018 era de 208 milhões. O declínio da natalidade e o aumento da expectativa de vida apontam para a mudança no perfil demográfico. A previsão é de que em vinte anos a população idosa se iguale à jovem e a partir de então, ultrapasse-a (IBGE, 2019).

O Brasil também apresenta a mudança no perfil epidemiológico, com a tripla carga de doenças, enfrentando simultaneamente as doenças infecciosas dos países pobres, as doenças crônicas não transmissíveis do mundo desenvolvido e causas externas como a violência.

O envelhecimento da população e a constante incorporação de novas tecnologias em saúde, levam à necessidade de novas estratégias. Incentivadas pela ANS, as operadoras de saúde e empresas clientes têm investido no modelo de saúde populacional e estudado novos modelos de remuneração, para que possam, através de melhor gestão da saúde da sua carteira e controle dos gastos, garantir a sustentabilidade do negócio (OGATA; MALIK, 2017).

A Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV) e o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) também apoiam os modelos assistenciais com melhores práticas, a

APS, a mudança de estilo de vida e a melhor alocação de recursos disponíveis (ABQV, 2017; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; IEISS, 2019).

3.6.1 O Modelo Kaiser Permanente

Fundada em 1945 a KP tem três divisões: Plano de Saúde Kaiser Permanente, Hospitais Kaiser Permanente e Grupos de Médicos Kaiser Permanente. Inicialmente atendia somente à população de empregados, tornando-se modelo de saúde populacional aberto a outros públicos.

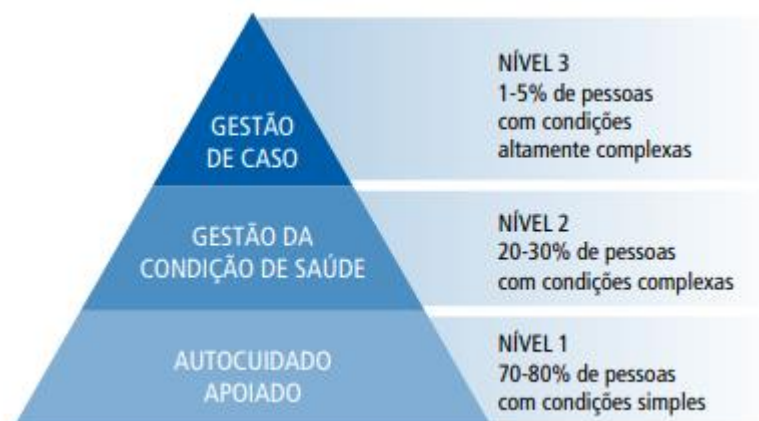
Atua no modelo de cuidado focado no paciente, de forma integrada, com estrutura própria de hospitais, clínicas e farmácias e complementada por hospitais não próprios, sob a gestão do grupo médico. O modelo de remuneração inicial foi o *fee-for-service* e posteriormente o *capitation* e a equipe médica assalariada.

O sistema de informações garante a interoperabilidade, além de *data & analytics* para análise preditiva, dos dados integrados, dos registros clínicos ao faturamento, permitindo a análise e gestão dos dados populacionais. A equipe assistencial acessa os dados de prontuários dos pacientes, laudos de exames, informações de medicamentos, faz monitoramento, além de contar com ferramenta de apoio à tomada de decisão. Para o paciente também é disponibilizada ferramenta com incentivo à promoção de saúde, prevenção, bem-estar, auxiliando no autocuidado, além de acesso virtual à equipe de cuidados. Através de informações registradas em visitas médicas, prescrições, exames laboratoriais alterados, internações e atendimentos de Pronto Socorro os pacientes são captados (PORTER; KELLOGG. 2008; KP, 2018).

O gerenciamento de condições crônicas acontece em três níveis de cuidados, tal como explicitado na figura 7. O primeiro nível representa a atenção primária com o autocuidado. No segundo nível é o cuidado assistido ou gerenciamento de cuidado, com atendimento por equipe de enfermagem, farmacêutico ou médico gestor, em conjunto com médico de atenção primária. O terceiro nível corresponde ao gerenciamento intensivo do caso, o paciente recebe cuidado de especialistas do setor de gerenciamento de caso (MENDES, 2011)

Os pacientes internados são acompanhados por médico hospitalista que fornece as informações à KP. O médico da APS, responsável por 1.400 vidas, é a referência e o acesso ao especialista é somente por encaminhamento. Há também atendimento presencial por especialistas de plantão no ambulatório, além de atendimentos virtuais.

Figura 7 – Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente



Fonte: MENDES, 2011

3.6.2 O Modelo Gesundes Kinzigtal

Segundo o relato do Advisory (2016) o modelo foi implementado como programa de gestão de cuidados para 33 mil vidas, que representavam a metade da população do Vale Kinzig, na Alemanha. A participação foi voluntária e com incentivos para bem-estar e atendimento diferenciado.

Diante da transição demográfica e epidemiológica, em 1990, um grupo de médicos da APS investiu no modelo assistencial de cuidado integrado. Para auxiliá-los nas negociações e para gestão de saúde populacional associaram-se a uma empresa de gestão, a *OptiMedis AG*, constituindo a nova empresa, a *Gesundes Kinzigtal GmbH* ou *Healthy Kinzigtal*.

Fizeram contrato de risco compartilhado com duas seguradoras, a AOK e a LKK3, inicialmente por 9 anos e prorrogado por 1 ano, a partir de então, renovado automaticamente por tempo indeterminado. A economia é reinvestida em programas e o lucro é dividido com os provedores. As seguradoras foram parceiras, compartilhando dados, desfechos e custos.

O modelo teve três elementos interligados: a estratificação de risco e *data analysis*; a gestão aprimorada da APS; e a prevenção e saúde pública, com intervenção precoce para diminuir a progressão da doença e diminuir os custos futuros.

Houve investimento em sistema de dados para a saúde, com uma plataforma integrada. A estratificação de risco segmentou a população em: saudável, baixo risco, risco crescente e alto risco, com as respectivas estratégias. Também houve investimentos em programas de promoção e prevenção em saúde para cessação do tabagismo, diabetes, obesidade, osteoporose,

saúde mental, geriatria, câncer de mama, insuficiência cardíaca. Ações de telemonitoramento, visita domiciliar, coaching de saúde, grupo de encontro, avaliação de prognóstico, gestão de casos crônicos, treinamento para profissionais de saúde, complementaram o modelo.

No início os custos se elevaram sobretudo porque aumentaram os cuidados, os pacientes crônicos começaram a receber tratamento e foram gerenciados até estabilizarem-se, além do investimento em tecnologia da informação e em treinamentos.

Em 2014 os resultados mostraram que houve redução no custo de 5.5 milhões de euros do seguro (170 euros/segurado/ano), através de diminuição do tempo de hospitalização e do custo de medicamentos. Observou-se aumento da expectativa de vida em um a dois anos, adesão aos medicamentos em quase 100%, aumento do acesso pelos pacientes e taxa de satisfação com os cuidados de 94%.

Acredita-se que o sucesso do programa se deva a alguns fatores, dentre eles: a implementação ampla de tecnologia da informação; o investimento inicial maior que três anos de exposição à intervenção; a avaliação rigorosa dos resultados desde o início do programa; a mentalidade e as práticas colaborativas; a segmentação da população de acordo com os grupos de estratificação de risco; a adaptação das intervenções aos grupos relevantes; a integração de aspectos clínicos e de gestão de negócio; a integração de cuidados de saúde e sociais e a promoção e prevenção em saúde.

Apesar de muitas empresas trabalharem com a implementação de saúde populacional, poucos são os estudos com tempo suficiente de exposição à intervenção, para que consigam demonstrar economia quantificável e substancial. A empresa *Gesundes Kinzigtal GmbH* acredita que os diferenciais para os seus resultados tenham sido: o tempo de exposição, os incentivos, o trabalho árduo, contínuo, com objetivos tangíveis, provedores visionários e parceiros inovadores. E conclui questionando se o modelo seria replicável para outros mercados mais complexos e com múltiplos prestadores.

4 METODOLOGIA

4.1 Identificação e Estabelecimento da Lógica do Estudo de Caso

A metodologia utilizada neste trabalho foi a do estudo de caso único, com objetivo de descrever a intervenção e o contexto no qual ela ocorreu. Segundo Yin (2015), o uso do estudo

de caso é adequado quando se pretende investigar como um conjunto de eventos contemporâneos ocorre e o porquê disso.

O objeto deste trabalho é o Programa de Saúde Populacional do Einstein, criado para os empregados e familiares dessa organização de saúde. Diferentes fontes de dados, tanto dos Sistemas do Einstein, quanto do seguro saúde, foram utilizadas para a construção do caso, configurando a triangulação de dados, o que possibilitou maior aprofundamento na descrição do que está sendo apresentado. O resgate histórico e das características do programa, ao lado dos dados quantitativos, reunidos para efeito deste trabalho, possibilitaram não apenas a descrição do caso, como também sua avaliação.

4.2 Caracterização do Local de Estudo

4.2.1 O Einstein

O estudo foi realizado na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, fundada pela comunidade judaica da cidade de São Paulo, no ano de 1955. A unidade de negócio Hospital Israelita Albert Einstein e a sede da sociedade situam-se no bairro do Morumbi, no município de São Paulo. Em 2018 tinha 579 leitos operacionais e 40 salas cirúrgicas, sendo considerada uma das instituições de saúde mais renomadas no Brasil, referência em qualidade de atendimento médico/hospitalar e segurança do paciente. É focada em alta complexidade, com tempo médio de permanência de 3.29 dias e considerada a mais moderna da América Latina, sobretudo pela alta tecnologia empregada.

Além do hospital, há seis unidades avançadas de Medicina Diagnóstica e Ambulatorial, que são: Jardins, Ibirapuera, Perdizes, Alphaville, Chácara Klabin e Cidade Jardim, duas Clínicas Einstein focadas em APS e uma unidade de apoio, Vila Mariana, com um residencial para idosos que foi a primeira unidade da Clínica Einstein. A rede de clínicas está em ampliação através de unidades dimensionadas para atender a população geral e servir de porta de entrada para os casos de menor complexidade. Em dezembro de 2018, em todas as unidades de negócio, a instituição empregava 13.334 pessoas.

A instituição está estruturada para atendimento da saúde suplementar, em rede, integrando unidades dos diversos níveis de atenção à saúde, conforme descrito na figura 8. Na atenção primária (A1), disponibiliza promoção do autocuidado, consultas, clínica de imunização; na atenção secundária (A2), atendimento especializado ou de média complexidade, serviços de urgência e emergência e exames; na atenção terciária (A3) atendimento hospitalar

e de alta complexidade; e como atenção quaternária (A4) disponibiliza serviços específicos de transplante de tecidos e órgãos.

Figura 8 – Sistema Einstein de Saúde Suplementar



Fonte: Relatório de Sustentabilidade Einstein, 2017.

As unidades do Einstein são integradas por meio do Sistema de Gestão de Saúde Cerner Millennium, que centraliza as informações dos pacientes dando maior rapidez e segurança à tomada de decisões. Os profissionais envolvidos têm acesso via web a todos os registros do paciente, tais como o histórico médico, atendimentos, exames, internações, pareceres, entre outros.

Engajado na responsabilidade social, o Einstein tem parceria com programas governamentais, realiza transplantes pelo SUS desde 2002 e administra 23 unidades públicas entre elas as de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais M'Boi Mirim Dr. Moysés Deutsch e Vila Santa Catarina Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, no município de São Paulo.

Na área de ensino e pesquisa disponibiliza cursos de ensino médio técnico, graduação, pós-graduação e especializações em Medicina e em Enfermagem, treinamentos, educação à distância, educação continuada através de *e-learning*s. Investe ainda em pesquisas: clínica, experimental e produção científica. Organiza eventos científicos em várias especialidades médicas, além do Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança, Fórum de Líderes do Setor de Saúde e a Semana de Experiência do Paciente e Reuniões Científicas de Eventos Adversos. As unidades de ensino situam-se na cidade de São Paulo, no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte. E, além disso, realiza Consultoria em gestão hospitalar, assistencial e corporativa.

Instituição centrada no paciente, com cultura da Qualidade e de Valor para o paciente. Foi o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a ser acreditado pela *Joint Commission International* em 1999 e adotou as seis dimensões da qualidade preconizadas pelo *Institute of Medicine* (IOM): efetividade, segurança, cuidado centrado no paciente, no momento certo, eficiência e equidade. Em 2007 a Segurança do Paciente tornou-se estratégia com apoio da alta liderança em parceria com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), implantou o conceito de *Triple Aim*, de qualidade da assistência, redução do custo per capita e saúde populacional.

Possuiu ainda outras creditações e certificações como *American Association of Blood Banks* (AABB) na Hemoterapia; *American College of Radiology* (ACR) no Departamento de Imagem; *The American Society for Histocompatibility and Immunogenetics* (ASHI), Associação Brasileira de Histocompatibilidade (ABH) e Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC) na Patologia Clínica; *Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International* (Aaalaac) por boas práticas com animais em pesquisa; *College of American Pathologists* (CAP), *Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy* (FACT), ISO 14001 – Certificação Ambiental Institucional, ONA 2 no Hospital Municipal Vila Santa Catarina e ONA 3 no Hospital Municipal M’Boi Mirim; *Society for Simulation in Healthcare* (SSH) na simulação realística; *Surgical Review Corporation* (SRC) *Accreditation Program* na cirurgia robótica e tem o selo de Hospital Amigo do Idoso.

Em 2011 a unidade Morumbi foi pioneira na América Latina na certificação *Planetree*, de excelência pelo cuidado centrado na pessoa e de forma humanizada. É sede, desde 2012, do Escritório *Planetree* Brasil, capacitando outras instituições e, em 2018, recebeu a certificação *Planetree* versão 2.

Desde 2008 desenvolve trabalho de melhoria contínua de processos, apoiado na metodologia *Lean Six Sigma*, com foco no modelo de governança *Triple Aim*, para reduzir

desperdícios, melhorar a eficiência e aumentar a qualidade dos produtos e dos serviços, além da satisfação dos pacientes (LASELVA, et al., 2014) (figura 9).

Figura 9 – Modelo de Governança *Triple Aim* no Einstein



Fonte: Relatório de Sustentabilidade Einstein, 2017

A instituição estudou o modelo de pagamento por DRG, iniciou negociações comerciais e mais recentemente está estudando o *bundled payment*, que é o modelo de pagamento baseado em valor com compartilhamento de risco. Em 2017 foi o primeiro hospital latino-americano a implantar um *Value Management Office* (VMO) ou escritório de gestão de valor. É membro do Consórcio Internacional para a Medição de Resultados de Saúde (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*, ICHOM). O VMO foi adotado como estratégia para implantação da agenda de valor proposta por Porter e Lee, alinhado ao conceito de Robert Kaplan de Value Based Health Care (VBHC) ou assistência à saúde baseada em valor, melhorando a gestão dos cuidados em saúde e tornando o sistema sustentável (KATZ; FRANKEN; MAKDISSE, 2017; MAKDISSE et al., 2018).

O Einstein faz parte do grupo de oito hospitais privados brasileiros que em 2017 implementou a medição padronizada de indicadores de desempenho, como Medidas de Desfechos Relatadas pelo Paciente (PROMs), que expressam a qualidade de vida e estado funcional e Medidas de Experiência Relatadas pelo Paciente (PREMs), que expressam a percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado e se ele recomendaria o hospital à família e amigos. Esses dados são obtidos por questionários aplicados antes da intervenção, durante a internação e após a alta hospitalar, cobrindo todo o ciclo de cuidado para determinada condição.

Há acompanhamento dos desfechos de situações clínicas de sete especialidades: osteoartrose de quadril, joelho, ombro e dor lombar em Ortopedia; acidente vascular cerebral, estenose de carótida e tumores de Sistema Nervoso Central em Neurologia; cirurgia bariátrica/metabólica, cirurgias robóticas e duodenopancreatectomia em Cirurgia de Aparelho Digestivo; insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, cirurgia cardíaca em Cardiologia; câncer de mama e próstata em Oncologia. Além de Transplantes cardíaco, hepático, renal e de pulmão e protocolo de diabetes.

O Einstein é signatário do Pacto Global da Organização das Nações Unidas (ONU) pela boa prática empresarial em direitos humanos, condições de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção. Refletindo a percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho, o Einstein mantém-se desde 2010 no ranking das 150 melhores empresas para trabalhar e desde 2016 entre as melhores empresas para iniciar carreira. Em 2018 foi reconhecido no segmento de saúde pela pesquisa *Great Place to Work* (GPTW). Desde 2004 realiza a Pesquisa de Clima como ferramenta para diagnóstico sobre o ambiente de trabalho e em 2018 a adesão dos colaboradores à pesquisa foi de quase 75%, com índice de 77% de satisfação.

Também no ano de 2018 a instituição implantou a política de home office, uma vez por semana, para colaboradores não assistenciais, através da adesão voluntária e do uso de tecnologias, estimulando o aumento da produtividade, otimização de recursos financeiros e promoção da qualidade de vida.

A organização tem um corpo clínico aberto, com mais de 9 mil médicos, sendo 83% sem vínculo trabalhista e gerenciados pelo setor de Práticas Médicas, que valida a entrada desses profissionais na instituição, fornece educação continuada através de reuniões de grupos médicos assistenciais (GMAs) em 27 especialidades, gerencia riscos e eventos adversos, monitora a performance individual dos profissionais, com *feedbacks* dos seus resultados, custos por paciente e comparativo com seus pares e os estratifica em segmentações médicas que geram incentivos institucionais aos profissionais com melhores práticas.

A Telemedicina Einstein vem evoluindo desde 2012, com programas de promoção à saúde, qualidade de vida e atendimentos à distância, disponíveis por 24 horas, para pacientes, hospitais, clínicas, empresas, escolas e áreas de difícil acesso. Em 2018 o pronto atendimento por Telemedicina evitou 98% de deslocamentos aos Prontos Socorros.

A instituição investe ainda na transformação digital e quer ser reconhecida como organização direcionada por dados (*Data-driven organization*); construiu um sistema de *business intelligence* (BI), que integra dados de volumes, desfechos, custos e segmentação médica para demonstrar valor, padronização dos desfechos clínicos em parceria com a estrutura

de *Big Data* usando modelos preditivos e *machine learning*. A partir dos seus acervos de dados, gera conhecimento para reduzir os riscos dos pacientes, melhorar os processos operacionais e dar suporte à decisão. Desenvolveu ainda um algoritmo, como ferramenta de suporte à gestão, que usa a combinação de *analytics* e *machine learning*, modelagem e simulação, com modelo de propensão, proporcionando visibilidade antecipada sobre os eventos de internação oriundos do pronto atendimento (unidade Morumbi), além do tipo de acomodação e especialidade, auxiliando na gestão de leitos.

Rumo a uma medicina cada vez mais efetiva e humanizada, baseada em valor, com os melhores recursos diagnósticos e terapêuticos e sem desperdícios, a organização começa a trabalhar com episódios de cuidados, oferecendo garantia da pertinência, qualidade e eficácia para todos os envolvidos (SBIBAE, 2017, 2018).

4.2.2 O Programa Cuidar

O Programa Cuidar foi uma intervenção no modelo de Saúde Populacional, para empregados do Einstein, com vínculo trabalhista CLT, também chamados de titulares e para seus familiares, chamados de dependentes, ativos em 2018 na base cadastral do seguro saúde, oferecido pela organização. Como dependentes foram considerados os cônjuges e filhos até os vinte e um anos de idade.

Em dezembro de 2018, a população coberta pelo Programa Cuidar era de 27.507 vidas, sendo 13.334 titulares (48%) e 14.173 dependentes (52%).

Essa população é coberta por quatro tipos de planos, de acordo com a categoria profissional, conforme tabela 1. O primeiro plano é destinado aos empregados de nível médio, o segundo plano para médicos e categorias profissionais, o terceiro plano para coordenadores e gerentes e o quarto plano para diretores, diferindo entre eles a rede credenciada do seguro saúde. Somente o quarto plano dá acesso ao Hospital Albert Einstein.

Tabela 1 – Segmentação do Seguro Saúde

Segmentação do Seguro Saúde			
Plano 1	Plano 2	Plano 3	Plano 4
auxiliar técnico	profissional sênior supervisor	coordenador especialista gerente	diretor
profissional júnior profissional pleno	médico	coordenador médico médico IV gerente médico	

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

O Einstein mantém um modelo de contratação de pré-pagamento com a mesma seguradora de saúde, desde 2002. A parceria de longa data facilitou a obtenção das informações de interesse do Einstein. O modelo de pagamento praticado pela seguradora de saúde com a sua rede de prestadores assistenciais é o *fee-for-service*. O seguro saúde é administrado pelo setor de Recursos Humanos (RH), dentro do pacote de benefícios oferecidos aos empregados.

Em 2009, o Setor de RH implantou o Programa de Oncologia para atendimento aos titulares e dependentes. O paciente tornava-se elegível a partir de um diagnóstico oncológico, com acesso a consultas com oncologistas clínicos, quimioterapia e radioterapia, por todo o ciclo de tratamento.

Em 2012 a organização, preocupada com os gastos crescentes do seguro saúde, percebeu a necessidade de um olhar mais profissionalizado para o benefício saúde e contratou um profissional médico com expertise em Saúde Suplementar. Esse médico tornou-se interface com a seguradora de saúde, participando na tomada de decisão em relação à autorização de procedimentos dúbios, de alto custo e/ou alta complexidade, além de envolver e acolher os pacientes no RH para melhor entendimento e condução de suas necessidades.

Foram instituídos os Comitês de Gestão de Saúde para avaliação do perfil de utilização dos empregados e familiares através da análise da base de dados do seguro saúde e do acompanhamento dos indicadores de utilização. Isto permitiu desenvolver ações estratégicas para melhoria da saúde da população e da sustentabilidade financeira. UTI neonatal, cirurgia de coluna e medicamento de alto custo foram os maiores ofensores.

Houve uma abordagem retrospectiva, por telefone, de todas as pacientes que tinham tido parto com desfecho de UTI neonatal, para identificar as possíveis causas. A maioria das pacientes não tinha feito pré-natal ou o fizeram de forma inadequada, sem que as condições sensíveis à atenção primária pudessem ser abordadas. Com apoio da diretoria de RH e diretoria

executiva foi desenhado e implantado em 2013 o Programa Gestação Saudável (PGS). Foi feita parceria, inicialmente, com o coordenador da maternidade da época e, posteriormente, por aumento da demanda, com outros três obstetras do corpo clínico, alinhados com as boas práticas para atendimento de todas as consultas de pré-natal, o evento parto e cuidados puerperais. As gestantes inscreviam-se pela intranet e respondiam a um questionário de avaliação de risco gestacional, que as classificava em baixo, médio ou alto risco e eram encaminhadas, aleatoriamente, para uma das equipes e com acesso ao Einstein para os exames de Medicina Fetal e para a imunoglobulina anti-Rh, quando necessário. As gestações de alto risco eram elegíveis ao evento parto no Einstein, com apoio da expertise das unidades de terapia intensiva (UTI) neonatal ou materna. Os partos de gestações de baixo e médio risco eram realizados em maternidade parceira, da rede do seguro saúde, alinhada com os objetivos do PGS. À medida que a adesão ao PGS aumentou, chegando a 95% em 2017, houve redução dos índices de UTI neonatal, garantindo melhor desfecho clínico, controle de custos e aumento da satisfação das gestantes. O PGS inicialmente foi elegível para as titulares e em 2015 também para as dependentes.

Nos casos de solicitação de cirurgia de coluna no seguro saúde, os pacientes eram abordados pelo RH, captados e encaminhados para o Projeto Coluna do Einstein, para atendimento de consulta, tratamento conservador e cirúrgico, quando confirmada a indicação. O Projeto Coluna, que atende a todos os pacientes da instituição, *out-of-pocket* e de outras operadoras, é referência no mercado e tem resultados favoráveis na revisão de indicações cirúrgicas.

Os pacientes que faziam uso de medicamentos de alto custo injetáveis, na rede do seguro saúde, foram abordados pelo RH, para entender suas condições de saúde/doença. Os diagnósticos, principalmente de doenças autoimunes, foram confirmados por relatórios médicos informando falha de tratamentos anteriores e complementados por exames e os pacientes elegíveis foram captados para realização das infusões no Einstein.

Em paralelo com o RH, o setor de Medicina do Trabalho, que respondia para outra diretoria, cumprindo a legislação do Ministério do Trabalho por meio do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), já fazia para os titulares algumas abordagens multidisciplinares, com foco na promoção e prevenção em saúde.

O Programa Saúde da Mulher com foco na prevenção disponibilizava acesso ao Einstein como incentivo à realização anual do exame de Papanicolau para prevenção do câncer de colo de útero para todas as titulares e de mamografia para prevenção do câncer de mama em titulares a partir dos 40 anos ou com histórico de doença benigna em acompanhamento ou história

familiar. Os resultados desses exames eram monitorados através do sistema de informática pela médica ginecologista do setor, que quando se deparava com alguma alteração relevante, convocava a paciente para conduta.

O Programa de Saúde do Homem com foco na prevenção do câncer de próstata, para titulares acima dos 55 anos, realizava o exame antígeno prostático específico (PSA) e encaminhava para médico urologista parceiro, do corpo clínico.

O Programa de Saúde Mental acolhia, por livre demanda ou por encaminhamento dos gestores, empregados com queixa de depressão, ideação suicida, situações de stress ou alterações comportamentais. A equipe era composta por um médico psiquiatra, um psicólogo e suporte de empresa externa com central de atendimento 24 horas para acolhimento e intervenções agudas e de curta duração. Ainda dentro das ações de saúde mental, havia o apoio para a Cessação do Tabagismo, que acolhia os pacientes de livre demanda e disponibilizava palestras e grupos de apoio, além de fornecer os adesivos para dessensibilização da dependência à nicotina, com suporte da enfermagem do trabalho e do psicólogo.

O Programa Cardiometabólico era focado nos titulares com doenças crônicas não transmissíveis como: diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade e sobrepeso. O programa disponibilizava palestras para orientação nutricional, hábitos de vida, grupos de apoio e atendimento individualizado, de acordo com a necessidade do paciente. A equipe era composta por um médico endocrinologista, um nutricionista e um educador físico, com suporte do psicólogo.

O Programa de Doenças Osteomusculares acolhia os pacientes encaminhados pelos gestores por queixas relacionadas à atividade profissional, por livre demanda e por captação nos afastamentos previdenciários. A equipe era composta por um médico fisiatra e um ergonomista que avaliavam as condições de trabalho e faziam interface com a equipe parceira de ortopedia da instituição para os casos de maior complexidade.

Embora houvesse integração da Medicina do Trabalho com o RH, o cuidado ficava fragmentado e segmentado. Por entender a necessidade de uma coordenação integrada de cuidados, em 2014, o setor Medicina do Trabalho passou a integrar a diretoria de RH, como Saúde Corporativa.

Em 2015, com apoio da diretoria de RH e diretoria executiva, os setores e programas se integraram sob a mesma gestão, surgindo o modelo de Saúde Populacional do Einstein, extensivo aos familiares e criado o Programa Cuidar.

O programa teve o modelo de cuidado integrado da população de titulares e dependentes, com foco estratégico na unificação das informações e das ações e com atuação de equipe

multiprofissional. A concepção do programa teve como premissa a estratégia do *Triple Aim*: saúde populacional, custo-efetividade e experiência do paciente.

A abordagem em Saúde Populacional do Einstein incluiu: gestão da saúde populacional; perfil epidemiológico da população de empregados do hospital e seus familiares; estratificação de riscos; modelo do cuidado; educação permanente e gestão da informação. O modelo do Cuidado do Einstein mudou o conceito de assistência médica que era oferecida e passou a ter a APS como ponto de acesso ao sistema de saúde.

Por idealização da enfermeira sênior do setor, com expertise em Saúde Pública e atuação prévia na secretaria de saúde no município de Sobral, no Ceará, território de forte aderência à APS, em 2016 foram aprovadas as Clínicas Cuidar, que posteriormente passam a se chamar Clínicas Einstein.

A primeira Clínica Einstein foi inaugurada em dezembro de 2016 na Unidade Einstein Vila Mariana e, em julho de 2017, foi inaugurada a segunda Clínica Einstein na Av. Giovanni Gronchi. O georreferenciamento foi a ferramenta utilizada para a definição dos locais de implantação das clínicas, garantindo suas localizações de forma estratégica, próximas à maior concentração de residências e das unidades de trabalho.

A vinculação ao Programa Cuidar se deu inicialmente de forma voluntária, com incentivo do Einstein, por meio de isenção de copagamento no seguro saúde para os pacientes vinculados, além de divulgação na intranet, criação de aplicativos que facilitaram o acesso aos serviços e do questionário de avaliação de risco, implantado em todos os exames admissionais e periódicos dos empregados.

O modelo inicial foi estruturado com equipes multiprofissionais sob a gestão de uma enfermagem sênior responsável pelo monitoramento macro do cuidado. Antes das definições, surgiu o impasse sobre a especialidade dos médicos que comporiam as equipes: preservar-se o modelo purista inglês só com médico de família ou mais próximo do modelo americano que inclui o pediatra. As equipes foram compostas por um enfermeiro líder do cuidado, dois técnicos de enfermagem, um médico gestor com especialidade em medicina de família ou medicina do trabalho, um pediatra e acrescentado um ginecologista, em função do perfil demográfico, com predomínio do gênero feminino entre os titulares. Cada equipe ficou responsável por todas as etapas de cuidado de cinco mil vidas, da promoção de saúde, prevenção de doenças, monitoramento dos pacientes crônicos e acompanhamento dos casos.

Compartilhado por todas as equipes havia o suporte da equipe multiprofissional composta por educador físico, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta e

ergonomista, assim como o suporte de médicos matriciadores nas especialidades de ortopedia, ginecologia, obstetrícia, psiquiatria, endocrinologia, cardiologia, urologia, vascular, neurologia.

A tabela 2 mostra a estrutura do primeiro Modelo de Cuidado implantado no Programa Cuidar, em 2017.

Tabela 2 – Programa Cuidar: Equipe de Cuidados – Ano 2017

Equipe de Cuidados do Programa Cuidar em 2017	
Equipe APS	Líder: Enfermeiro Sênior
	1 enfermeiro pleno
	2 técnicos de enfermagem administrativos
	1 médico gestor (médico de família ou médico do trabalho)
	1 pediatra
	1 ginecologista
Equipe Multidisciplinar	educador físico
	nutricionista
	psicólogo
	farmacêutico
Médicos Matriciadores	ergonomista
	pediatra
	ginecologista
	psiquiatria
	ortopedista
	endocrinologista
	cardiologista
	urologista
Atenção Secundária Atenção Terciária	fisiatra
	Corpo Clínico Institucional

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

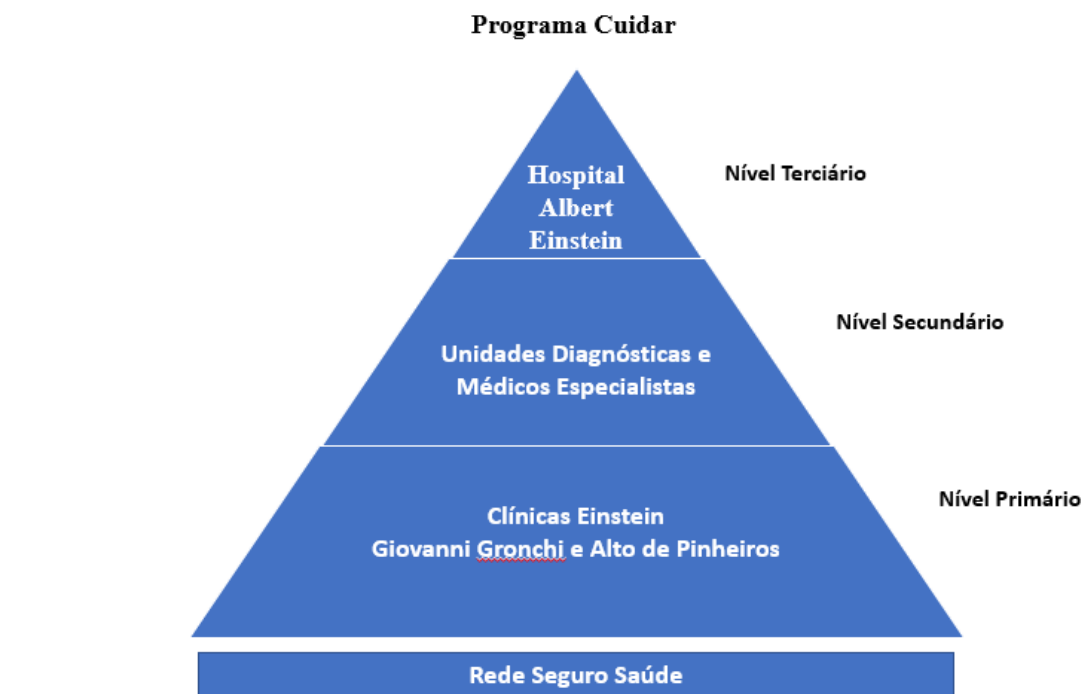
O acesso ao Programa Cuidar era feito através da equipe na qual o paciente estava vinculado. As consultas eram agendadas por livre-demanda pelo próprio paciente, por telefone, na Central do Cuidar ou pelo aplicativo “Meu Einstein” ou ainda por convocação da própria equipe. A consulta inicial era com o médico gestor, que poderia ser um médico de família ou um médico do trabalho, quando da realização do exame médico periódico, como oportunidade de vinculação ao Programa.

No desenho inicial, para minimizar a ansiedade dos pacientes diante do novo modelo, os especialistas pediatras, ginecologistas e ortopedistas podiam ser acessados diretamente.

A equipe administrativa fazia o monitoramento telefônico ou por telemedicina para informações sobre continuidade de tratamento, controle do uso correto da medicação e da realização de exames solicitados, garantindo o retorno às consultas, minimizando idas indevidas ao pronto atendimento. A consulta médica, de retorno para resultado de exame, podia ser presencial ou por telemedicina.

A figura 10 apresenta o modelo de hierarquização do cuidado no Programa Cuidar.

Figura 10 – Hierarquização do Programa Cuidar



Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019.

No nível da atenção primária, a equipe do cuidado trabalhava a capacitação dos pacientes, principalmente titulares, para a promoção da saúde e autocuidado, através de campanhas por e-mails, banners, televisões em locais comuns como refeitórios e palestras por profissionais médicos, nutricionista e psicólogo sobre qualidade de vida, hábitos saudáveis de alimentação, sono, tabagismo, álcool e drogas, cuidados na gestação, saúde da família, coluna e atividade física. Foram divulgadas parcerias com academias através do subsídio ao *gympass* e estimulada a atividade física e de bem-estar na própria instituição com aulas de ginástica,

pilates, ioga, meditação, grupos de corrida, aulas de dança, incentivo ao uso de escadas, massagem relaxante.

Contribuindo com a prevenção de doenças, a cada adesão ao programa ou exame admissional e/ou periódico, havia a checagem e atualização do calendário vacinal, além de campanha para vacinas sazonais. Incentivo à realização anual do exame de Papanicolau para prevenção do câncer de colo de útero e, nas pacientes elegíveis, a mamografia para prevenção do câncer de mama, além de acompanhamento pré-natal, puerperal e puericultura.

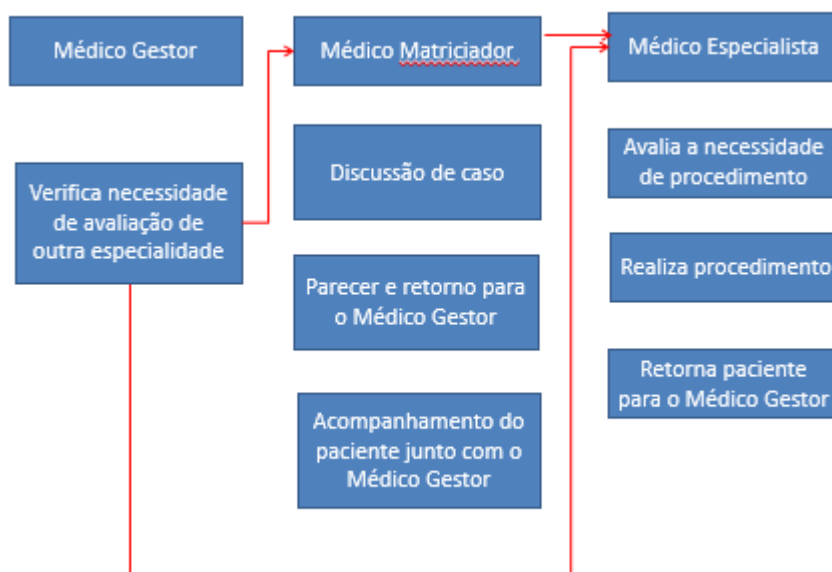
Os pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade, doença pulmonar crônica, cardiovasculares e metabólicas, doenças oncológicas e autoimunes foram identificados e convocados para acompanhamento com o médico gestor e monitorados pela equipe de cuidados quanto ao uso regular de medicamentos, realização de exames de monitoramento e consultas de retorno, para evitar a evolução de forma silenciosa para o agravamento do quadro e desfecho ruim.

Na atenção secundária, quando necessário, o cuidado era hierarquizado, com o médico gestor fazendo o encaminhamento ao especialista do corpo clínico institucional, que o devolvia em contrarreferência (figura 11).

Os médicos especialistas foram indicados pelo Setor de Práticas Médicas, compondo o Corpo Clínico Institucional, por critérios de meritocracia, para condução dos casos com adequação do cuidado às melhores práticas, com excelência técnica.

A Medicina Diagnóstica foi disponibilizada na própria instituição, para os exames complementares, com a facilidade de acesso para os pacientes e de resultados para o médico gestor, como incentivo ao autocuidado e adesão ao Programa Cuidar.

Figura 11 – Hierarquização do Cuidado Ambulatorial



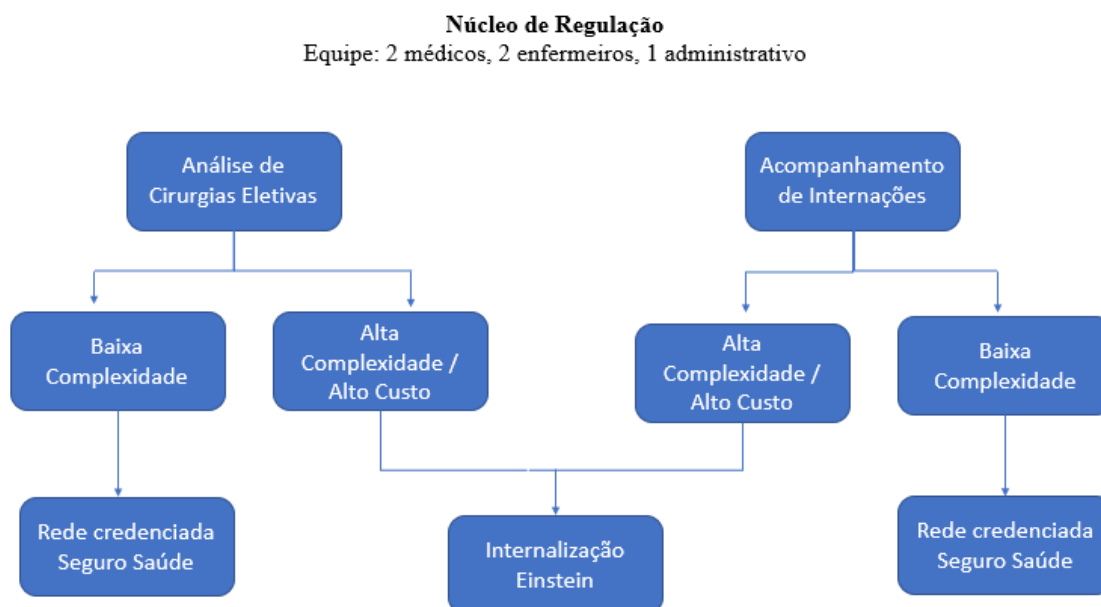
Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2017

Os cuidados terciários dentro do Einstein eram conduzidos pelos médicos especialistas do corpo clínico institucional até o momento da alta hospitalar, quando os pacientes em transição do cuidado voltavam para o seu médico gestor. A parceria do corpo clínico institucional colaborou com o cumprimento de protocolos de indicações de procedimentos, padronização de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) e reduziu o tempo de permanência hospitalar durante as internações, eliminando desperdício de recursos ao longo do ciclo de cuidado.

Para gestão dos casos, houve acompanhamento e auditoria dos cuidados terciários feita pelo Núcleo de Regulação próprio da Saúde Corporativa, composto pela equipe de médicos e enfermeiros auditores, para monitorar diariamente as internações no hospital próprio e na rede credenciada do seguro saúde. Diariamente o seguro saúde disponibilizou o mapa de todos os pacientes internados na rede credenciada e discutiu os casos com o Núcleo de Regulação, que participava da tomada de decisão mais segura e adequada às necessidades do paciente, baseada em protocolos clínicos, evidências e melhor gestão do custo-efetividade. As internações de alta complexidade e alto custo foram internalizadas no Einstein, em busca da excelência técnica e maior controle do custo e foram monitoradas diariamente, através do censo de pacientes internados e por acesso ao prontuário do paciente. As internações de baixa e média complexidade permaneceram na rede credenciada do seguro saúde, salvo se a evolução

estivesse fora dos padrões esperados, quando a equipe solicitava transferência para o Einstein ou ia até o hospital para maiores informações do caso (figura 12).

Figura 12 – Hierarquização do Cuidado para Internações



Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

As cirurgias eletivas do Einstein e da rede do seguro saúde foram auditadas pelo Núcleo de Regulação, com captação dos casos dúbios, de alta complexidade e alto custo para internalização, apostando na excelência técnica e maior controle do custo.

Houve forte integração com o seguro saúde para uma gestão mais estratégica dos recursos, com redesenho da rede credenciada com base no georreferenciamento das residências e locais de trabalho e nos indicadores de desempenho dos prestadores de serviços, preconizados pela QUALISS/ANS, de forma a privilegiar aqueles de maior qualidade, melhor acesso e maior parceria.

A Gestão de Saúde Populacional buscou analisar o impacto dos determinantes de saúde e conhecimento do risco da população para definir as melhores práticas. (Figura 13). Para triagem da população foram obtidos dados através de informações de utilização do seguro saúde, do prontuário eletrônico dos pacientes na instituição, das informações de saúde ocupacional dos empregados e dos questionários de risco preenchidos na adesão ao programa, estratificando a população quanto ao risco de diabetes mellitus e eventos cardiovasculares.

A estratificação de risco em relação às condições sensíveis à atenção primária e/ou aos fatores de risco de doenças crônicas acontecia através da análise descritiva dos dados coletados do questionário de risco preenchido no exame admissional, exame periódico ou na adesão à Clínica Einstein e de algoritmos que analisavam a utilização do seguro saúde. A identificação das internações por condições sensíveis à atenção primária foi feita através de cruzamento mensal dos CIDs (Classificação Internacional de Doenças) informados nos bancos de dados das internações do seguro saúde e do Einstein, com os CIDs padronizados na tabela disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Os pacientes também foram identificados quanto aos fatores de risco para eventos de alto custo e alta complexidade na rede credenciada do seguro saúde, sendo a população de maior risco selecionada para as intervenções mais imediatas e a de doentes crônicos para o acompanhamento horizontal, evitando, assim, descompensações passíveis de intervenções terciárias e/ou permitindo trabalhar com programas de prevenção dentro da instituição.

Figura 13 – Gestão de Saúde Populacional Einstein



Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2018

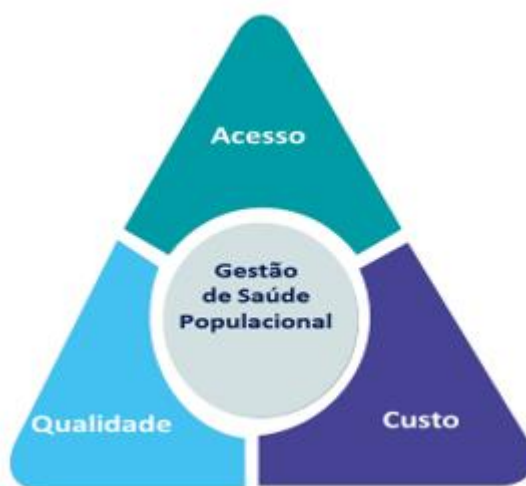
O Programa Cuidar em parceria com a equipe do *BigData* identificou padrões que apontavam tendências nessa população e probabilidades de ocorrência de determinados eventos futuros, predizendo custos e atendimentos em saúde nessa população, mapeando-a e traçando planos de cuidado para evitar consumo de recursos do sistema. A ferramenta de *Business*

Intelligence (BI) permitiu análises preditivas, pela Classificação Internacional de Doenças, predizendo desfechos clínicos como atestados, afastamentos e internações.

O ano de 2017 fechou com a criação das Clínicas Cuidar tendo sido um dos marcos da gestão da Saúde Corporativa no Einstein, totalizando quase 15 mil atendimentos para 7,1 mil pessoas (SBIBAE, 2018).

A nova estrutura das Clínicas Cuidar proporcionou ao Einstein um papel proativo na condução da saúde de seus colaboradores e materializou uma das principais estratégias do modelo de governança *Triple Aim*: a gestão da saúde populacional (figura 14). As clínicas organizaram o nível de atenção primária que acontecia pulverizadamente, fortalecendo o modelo de atenção menos centrado em hospital e mais bem ajustado às diferentes necessidades da população.

Figura 14 – Triple Aim na Gestão de Saúde Populacional Programa Cuidar



Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2017

Em julho de 2018 o Programa Cuidar deixou de pertencer à diretoria de RH e passou a integrar a diretoria de Medicina Diagnóstica e Ambulatorial (MDA), com expertise na gestão de unidades ambulatoriais, consolidando as Clínicas Einstein como unidades de negócio, deixando de se chamar Clínicas Cuidar.

A Clínica Einstein Vila Mariana foi descontinuada e em setembro de 2018, inaugurada a Clínica Einstein Alto de Pinheiros. O modelo de cuidado foi revisado e redesenhado, como apresentado na tabela 3. As clínicas mantiveram um enfermeiro sênior assistencial, responsável pelas equipes de cuidados. Cada equipe passou a se chamar tríade de cuidados, composta por

um médico de família, um enfermeiro pleno assistencial e um técnico administrativo, responsáveis pelo monitoramento de grupos de duas mil vidas.

O médico da tríade é especialista em medicina de família, como no modelo do NHS, deixando de ter a figura do médico do trabalho, do ginecologista e do pediatra. Todas as entradas no Programa Cuidar passaram a ser através do médico e/ou enfermeiro da tríade. O acesso a todas as especialidades, aos programas de oncologia, gestação saudável, medicamentos de alto custo e internalizações de exames e cirurgias eletivas só é possível por meio do encaminhamento pelo médico de família.

As tríades mantiveram o suporte da equipe multiprofissional e foram acrescentados um assistente social e o segundo farmacêutico. O suporte de médicos matriciadores ficou restrito às especialidades de pediatria, gineco-obstetrícia, psiquiatria e ortopedia que passou a dar assistência também aos acidentes de trabalho.

Tabela 3 – Programa Cuidar: Equipe de Cuidados – Ano 2018

Equipe de Cuidados do Programa Cuidar em 2018	
Equipe APS	Líder: Enfermeiro Sênior
	Tríade: 1 enfermeiro pleno 1 técnico administrativo 1 médico de família
Equipe Multidisciplinar	educador físico nutricionista psicólogo farmacêutico ergonomista assistente social
	pediatra gineco-obstetra psiquiatra ortopedista
Médicos Matriciadores	
Atenção Secundária	Corpo Clínico Institucional
Atenção Terciária	

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

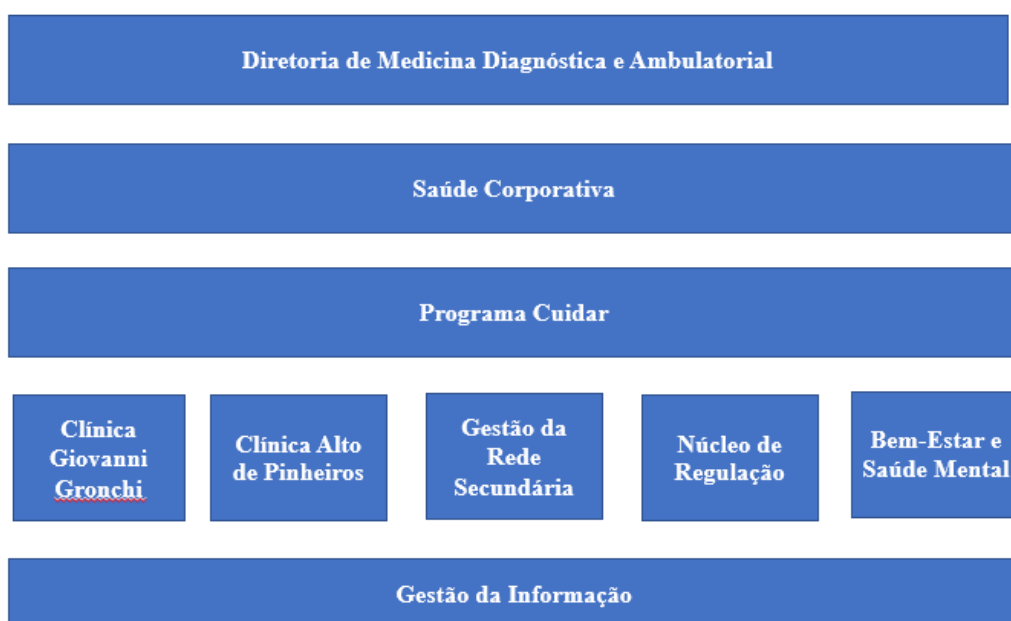
A demanda espontânea de consultas, sem agendamento prévio, passou a ser triada por telemedicina, pela enfermagem assistencial da unidade Alto de Pinheiros, definindo se o paciente teria atendimento presencial ou por telemedicina, com médico de família. Para os

pacientes pediátricos, menores de 6 anos de idade, foram mantidos os atendimentos presenciais, não sendo utilizada a triagem por telemedicina.

Visando a melhoria da qualidade de saúde de titulares e dependentes, através da promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e ações curativas, reabilitadoras e paliativas, o Programa Cuidar trouxe a assistência médica primária, secundária e terciária de alta complexidade e alto custo para dentro do próprio Hospital Albert Einstein e paralelamente aproximou-se da seguradora de saúde para gestão compartilhada da regulação (controle/análise) de internações e das cirurgias eletivas na rede credenciada.

A figura 15 apresenta a nova estrutura organizacional da Saúde Corporativa, com as respectivas áreas do Programa Cuidar, integrando o trabalho das Clínicas Einstein Giovanni Gronchi e Alto de Pinheiros, com a Atenção Secundária, com o Núcleo de Regulação e com a área de Bem-Estar e Saúde Mental, permitindo à área de Gestão da Informação medir os resultados.

Figura 15 – Estrutura do Programa Cuidar – Ano 2018



Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

A Medicina do Trabalho deixou de ser subordinada à Diretoria de MDA, passando para a gerência do Setor de Saúde e Segurança do Trabalho, Meio Ambiente e Sustentabilidade e subordinada a outra diretoria, com foco exclusivo no empregado, porém mantendo o

compartilhamento dos casos com a Saúde Corporativa, para integração das informações e continuidade dos cuidados.

Novas unidades estão planejadas para inauguração no decorrer do ano de 2019, permitindo maior cobertura pelo georreferenciamento de residências e locais de trabalho.

Em relação à remuneração do corpo clínico institucional, inicialmente foi estipulado o modelo de pagamento por complexidade dos procedimentos e a partir de julho de 2018, na nova gestão, passou ao modelo *fee-for-service*, enquanto evolui o estudo do modelo por performance.

O pagamento da parte hospitalar das internalizações no Einstein foi feito por transferência departamental, mensalmente, para todos os setores que prestaram serviço ao Programa Cuidar e os valores praticados foram em custos variáveis e incrementais das áreas, utilizando a capacidade ociosa existente. Ressalta-se que a contabilização dos custos Einstein é parcial, cobrindo apenas a fração variável, por tratar-se de Programa para titulares e dependentes subsidiado pela instituição.

A tabela 4 destaca as principais modificações que ocorreram no Programa Cuidar desde a sua criação em 2015 até 2018.

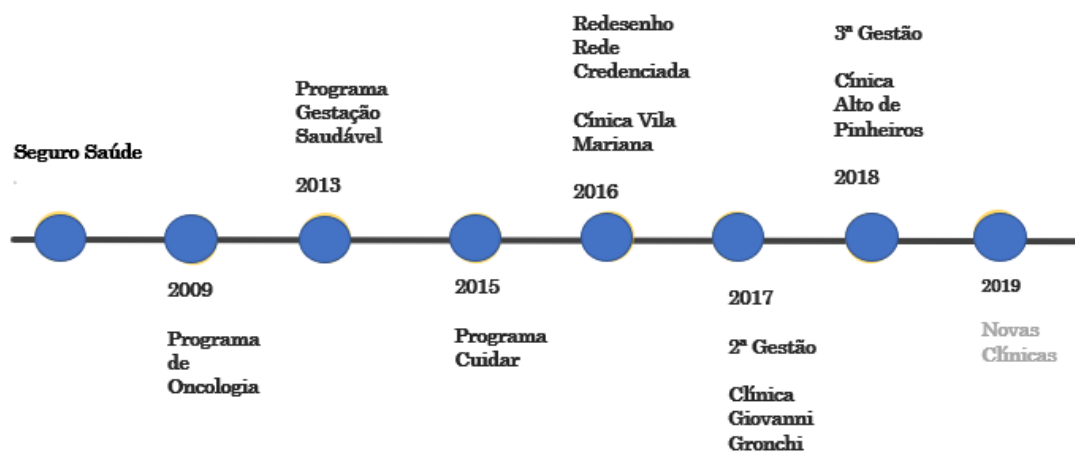
Tabela 4 – Diferença dos Modelos Cuidar

CUIDAR	1ª Gestão - 2016	2ª Gestão - 2017	3ª Gestão - 2018
Vidas/equipe	5 mil	3 mil	2 mil
Equipe	médico de família, pediatra e ginecologista	médico de família, médico do trabalho, pediatra, ginecologista	médico de família, enfermeiro e técnico = tríade de cuidados
PGS	obstetra	obstetra	enfermagem obstétrica, ginecologista e obstetra
Especialidades	fora da Clínica: só ortopedista	dentro da Clínica: ortopedista, neurologista, endocrinologista, fisiatra, cardiologista	fora da clínica
Equipe Multiprofissional	Sim	Sim	incluiu assistente social
Exames	exames laboratoriais	todos os exames	todos os exames, mediante disponibilidade/ociosidade
Internações	alto custo e alta complexidade	urgências e cirurgias eletivas de todas as complexidades	alto custo e alta complexidade e cirurgias eletivas de alta complexidade
Clínicas	Vila Mariana	Vila Mariana e Giovanni Gronchi	Giovanni Gronchi e Alto de Pinheiros, que passa a chamar-se Clínica Einstein
Modelo de pagamento	honorários pelo Seguro Saúde, <i>fee-for-service</i>	honorários pelo Einstein, por complexidade	honorários <i>fee-for-service</i> , pelo Einstein, em evolução para pagamento por performance
Seguro Saúde	redesenho da rede credenciada do seguro saúde e novo produto Seletto		

Fonte: Elaborada a partir de dados da Gestão do Programa Cuidar, 2019

Por fim, a figura 16 resgata os principais marcos do Programa Cuidar.

Figura 16 – Cronologia do Programa Cuidar



Fonte: Elaborada a partir de dados da Gestão do Programa Cuidar, 2019

4.3 Fonte de Dados

Os dados do Programa foram coletados no seguro saúde e em diversas fontes dentro da instituição. Além do pouco tempo de exposição ao Programa Cuidar, as mudanças estratégicas fizeram com que alguns dados fossem perdidos ou descontinuados.

Os dados demográficos da população foram mensalmente extraídos da base de ativos disponibilizada pelo setor de RH. Para o estudo do perfil demográfico foi usada a base de dezembro de 2018, com a respectiva estratificação em gênero, faixa etária e titularidade.

Os dados de utilização do seguro saúde foram mensalmente enviados em arquivo TXT e analisados em relação ao gasto e frequência total e parcial (sinistro), de acordo com a segmentação em grupos de consultas, atendimentos de pronto socorro, exames, internações, honorários médicos e terapias. Esses dados informaram o sinistro de cada mês e através deles, foi analisado comparativamente o comportamento de utilização da população na rede credenciada do seguro saúde. Foram analisados os anos de 2015, 2016, 2017 e 2018.

Os dados de custo e frequência das internalizações foram mensalmente disponibilizados pelo Setor de Custos, em planilha excel, para a Saúde Corporativa. Foram computados todos os atendimentos realizados no Einstein, mas em função da descontinuidade de metodologia, o ano de 2017 foi analisado somente o custo e o ano de 2018 o custo e a frequência.

O gasto acumulado foi calculado por meio da composição dos gastos informados pelo seguro saúde (pagamento mensal à seguradora de saúde) e pelo Einstein, no período de 2017 e 2018.

Os dados dos atendimentos das Clínicas Einstein (frequência) foram extraídos do sistema de gestão Cerner Millenium, gerando informações como o número de consultas por médicos de família, atendimentos pela equipe multiprofissional. Para preservar a mesma metodologia de coleta de dados, foi analisado apenas o ano de 2018.

Os dados das internações na rede credenciada do seguro saúde e no Einstein foram extraídos de arquivo em excel, alimentado diariamente pelo Setor de Regulação e disponibilizado em drive do setor. Informações como número de internações e tempo médio de permanência hospitalar foram extraídos dessa fonte e analisados os dados de 2018.

O sistema de questionário online hospedou as informações do questionário de avaliação de risco, preenchido pelo paciente no acesso ao Programa Cuidar. Com a mudança da gestão do Programa Cuidar em 2018, os dados foram descontinuados e não serão apresentados.

Os dados da empresa terceira, que disponibiliza parceria em academias para atividade física são extraídos de relatórios mensais disponibilizados no site da respectiva empresa, através de acesso como perfil cliente.

A partir da análise dos dados foi possível observar se o movimento de acolhimento/internalização pelo Programa Cuidar apresentou alguma modificação ou tendência no perfil de utilização dos titulares e dependentes e se houve alguma correlação com maior qualidade de saúde, permitindo comparação através das diferentes fontes de dados.

Tabela 5 – Fonte de dados

	Fonte	Dados	Periodicidade
Seguro Saúde	Arquivo TXT de Utilização	Frequência e gasto total, por evento e por usuário	Mensal
	Planilha Excel de Pacientes Internados	Diagnóstico, especialidade, tempo de permanência; prestador	Diária
	Relatório Gerencial	Sinistro, sinistralidade, <i>high users</i> , frequência e gasto	Mensal
Einstein	Base RH com dados demográficos	Nome, idade, gênero, titularidade, tipo de plano	Mensal
	Planilha excel com custos das internalizações	Frequência e custo total, por evento, por usuário e por setor prestador de serviço	Mensal
	Mapa de internados	Acumulado de Diagnóstico, especialidade, tempo de permanência	Diária
	Boletim Cuidar	Frequência de utilização dos serviços do Programa Cuidar. Perfil epidemiológico	Mensal
	Sistema Cerner Millenium	Diagnóstico, especialidade, tempo de permanência	Sob demanda
Empresa Terceira de Atividade Física	Relatório de utilização	Frequência de serviços por usuário	Mensal

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019.

4.4 Considerações Éticas

O projeto de estudo de caso do modelo Einstein de Saúde Populacional, o Programa Cuidar, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da SBIBAE. Em alinhamento com as

regras de governança da instituição e com as normas nacionais de ética em pesquisa, os nomes dos pacientes foram omitidos das bases de dados para preservar a privacidade e confidencialidade da informação e respeitar os preceitos da ética médica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil Populacional

A base de ativos do Einstein, disponibilizada pelo setor RH em dezembro de 2018, continha dados de 27.569 pessoas, sendo 13.496 (49,0%) titulares e 14.073 (51,0%) dependentes, uma razão aproximada de 1:1.

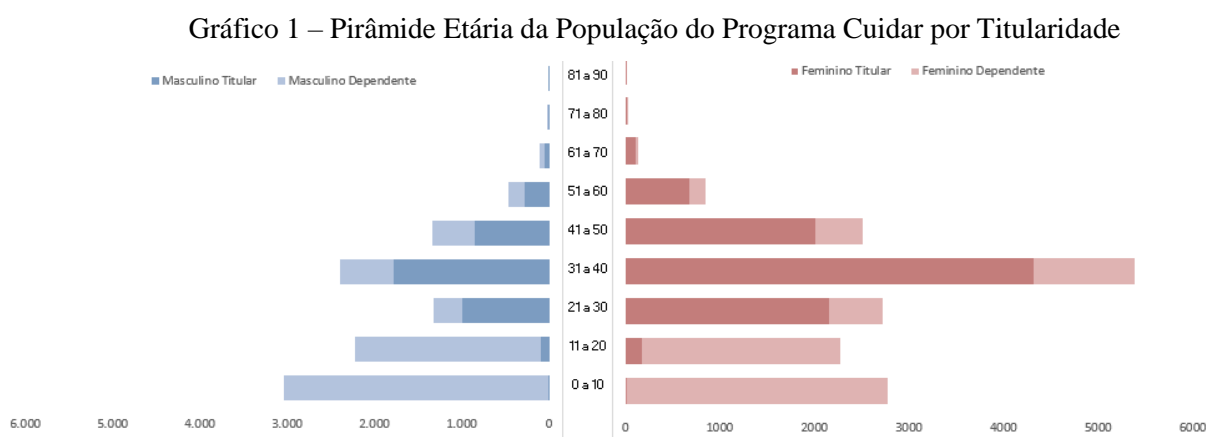
Na população estudada observa-se predomínio do sexo feminino na razão de 3:2, com 16.664 (60,4%) mulheres e 10.905 (39,6%) homens. Quanto à idade, observa-se um perfil jovem-adulto, com média de 27 anos e maior concentração entre 21 e 50 anos (56,9%), sendo 5.802 (21,0%) na faixa até 10 anos, 4.488 (16,3%) entre 11 e 20 anos, 4.042 (14,7%) entre 21 e 30 anos, 7.788 (28,2%) entre 31 e 40 anos, 3.848 (14,0%) entre 41 e 50 anos e 1.601 (5,8%) acima de 50 anos (gráfico 1).

Observa-se também 18,8% da população entre os 41 e 60 anos, perfil etário que requer mais cuidados com a saúde, com indicação de *screening* para doenças crônicas não transmissíveis e maior incentivo a ações de prevenção e promoção da saúde, gerando maior consumo em saúde.

Estratificando a população em titulares e dependentes, apesar da relação entre eles ser de aproximadamente 1:1, a distribuição por sexo é diferente. Dentre os titulares 9.437 (69,9%) são mulheres e 4.059 (30,1%) homens, representando 2,3 mulheres para cada homem. A maior quantidade de mulheres na população de titulares é característica comum da força de trabalho em instituições hospitalares. No grupo de dependentes são 7.227 (51,4%) mulheres e 6.846 (48,6%) homens, ou seja, uma razão de 1,1 mulheres para cada homem. A razão aproximada de 1:1 na distribuição por sexo, na população de dependentes, reflete a política de benefícios que a empresa adota, na qual o cônjuge feminino é elegível mediante comprovação legal e o cônjuge masculino não é elegível, exceto por adesão tarifada. A população de dependentes, sendo basicamente composta pelos filhos/as, fica mais homogênea.

No grupo de titulares a média de idade é de 36,7 anos e observa-se maior concentração nas faixas etárias de 21 a 50 anos totalizando 89,5% (12.082), sendo 22,8% (3.137) entre 21 e

30 anos, 45,7% (6.092) entre 31 e 40 anos e 21,2% (2.853) entre 41 e 50 anos, representando a força de trabalho (população em idade ativa). No grupo de dependentes a idade média é de 17,7 anos, com maior concentração nas faixas etárias de 0 a 20 anos totalizando 71,2% (10.015), sendo 41,2% (5.794) entre zero e dez anos e 30,0% (4.221) entre 11 e 20 anos. Esse perfil mais jovem pode ser explicado pela política de benefícios que a empresa adota, na qual os filhos são elegíveis somente até os 21 anos de idade.



Fonte: Elaborado a partir de dados fornecidos pelo RH Einstein, 2019.

5.2 Perfil de Utilização de Serviços Saúde pela População do Estudo

A Atenção Primária visa ao conjunto de ações para promoção, prevenção e reabilitação em saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas, tendo como premissa a longitudinalidade e a coordenação de cuidados em todos os níveis de atenção.

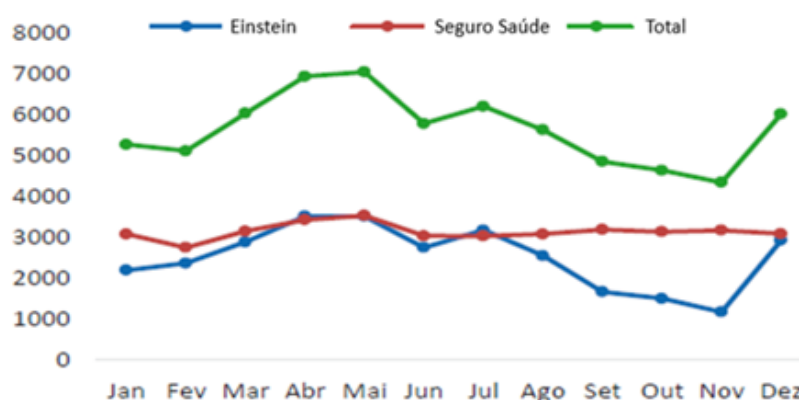
Os resultados (positivos e negativos) de um programa de APS estão diretamente relacionados à adesão e ao tempo de exposição da população ao modelo, principalmente no que se refere ao padrão de consumo em saúde.

O gráfico 2 apresenta a série temporal da frequência mensal em 2018 de consultas médicas realizadas por titulares e dependentes, tanto no Einstein quanto no seguro saúde. De modo geral, a frequência varia de 5.000 a 7.200 consultas/mês. A distribuição do padrão de consumo mensal de consultas pelo seguro saúde apresenta maior homogeneidade em comparação com a do Einstein. Ressalta-se que entre os meses de março a julho de 2018 o seguro saúde e o Einstein apresentaram valores de consumo mais próximos entre si. A queda do consumo de consultas a partir do mês de julho reflete a reestruturação do modelo de cuidado, com a nova gestão e a implantação da nova estratégia do Programa Cuidar. O redesenho do

programa eliminou o livre agendamento para os médicos matriciadores, resultando em redução do número de consultas realizadas.

Apesar de não ser possível inferir o impacto da APS nesse indicador, devido ao pouco tempo de exposição ao programa, espera-se que na medida em que a confiança no médico de família e o vínculo vão sendo construídos e aprofundados haja menor consumo de consultas médicas, em especial, no seguro saúde. A melhoria da oferta de serviços relacionados ao Programa também poderá constituir importante estratégia para redução do número de consultas no seguro saúde. Espera-se que a maior vinculação à tríade de cuidados, resulte na redução de consultas presenciais nas clínicas de APS, sendo substituídas por consultas por telemedicina, por exemplo, em situações como avaliação de resultado de exames, dúvidas e orientações.

Gráfico 2 – Frequência de Utilização de Consultas médicas – Ano 2018

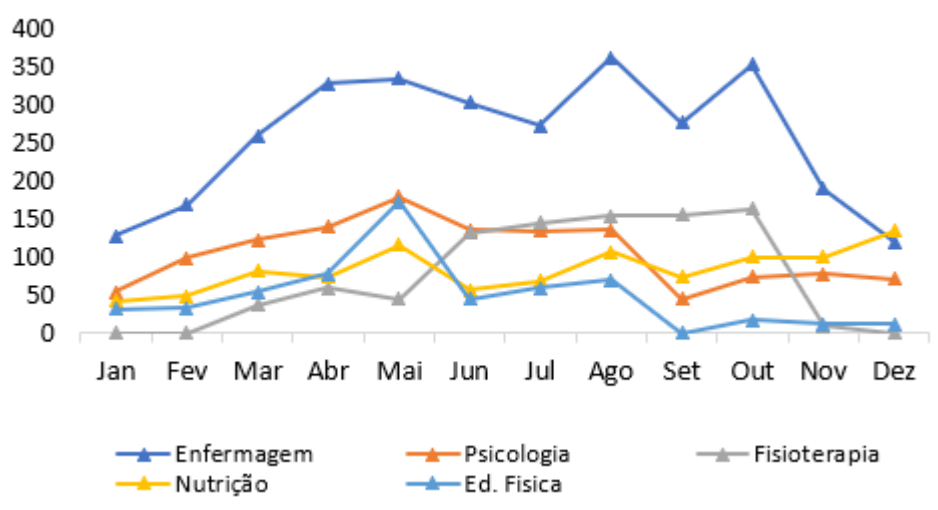


Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

O gráfico 3 mostra a participação da equipe multiprofissional dentro das Clínicas Einstein no Programa Cuidar em 2018. Ao se comparar com o médico de família, que realizou 11.1163 (61.8%) consultas, a equipe multiprofissional realizou 6888 (38.2%) atendimentos. A equipe de enfermagem realizou 45.1% dos atendimentos da equipe multiprofissional, seguido pela equipe de psicologia (18.5%), equipe de nutrição (14.7%), equipe de fisioterapia (13.2%) e a equipe menos procurada foi a de educação física (8.6%). A procura pela equipe de fisioterapia pode estar relacionada à presença das especialidades médicas dentro das Clínicas, principalmente da equipe de ortopedia. Em novembro houve suspensão do atendimento de fisioterapia. Os multiprofissionais foram estrategicamente orientados para trabalhar com a população, aspectos como: alimentação saudável, obesidade, sedentarismo, tabagismo e álcool dentro da abordagem de doenças mentais).

A baixa adesão à equipe de educação física desponta como oportunidade para maior divulgação do trabalho do educador físico dentro das clínicas de APS e para trabalhar a questão do sedentarismo. Há uma parceria da instituição com o *Gympass* para minimizar o sedentarismo, elegível somente aos titulares (13.496), em dezembro, tinha apenas 1.834 titulares (13.6%) aderidos, dos quais somente 748 (40.8%) eram frequentadores.

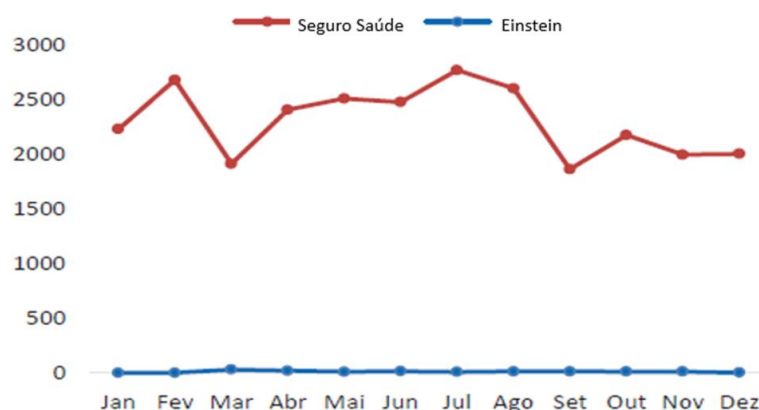
Gráfico 3 – Frequência de Utilização de Consulta Multiprofissional – 2018



Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

O Programa Cuidar não tem em seu escopo a internalização dos atendimentos de consultas em pronto-socorro. No entanto, esse indicador é importante para compreender os resultados das ações de prevenção, promoção e educação em saúde feitas via APS e sua capacidade de resposta e vínculo com a população, dado que o pronto-socorro é comumente a porta de entrada do usuário em um sistema de saúde. O gráfico 4 apresenta a frequência mensal em 2018 de passagens pelo pronto-socorro da população em estudo. São registrados cerca de 2.300 atendimentos por mês e as oscilações na distribuição seguem os padrões de sazonalidade de agravos, evidenciando as maiores proporções de consumo nos meses de fevereiro, julho e agosto.

Gráfico 4 – Frequência de Utilização de Pronto-Socorro – Ano 2018



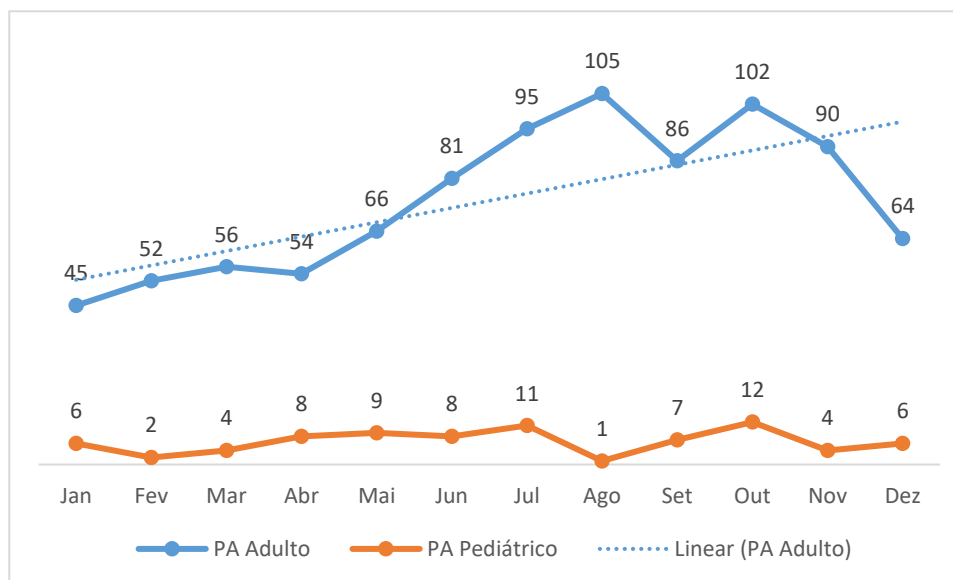
Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

As clínicas de APS funcionam das sete às dezenove horas em dias comerciais, com consultas eletivas previamente agendadas, mas disponibilizam alguns horários para atendimentos de consultas não agendadas, chamadas *walk-in*. Os pacientes não agendados são inicialmente avaliados por telemedicina, na clínica Alto de Pinheiros, para triagem e posteriormente direcionados para a consulta ou removidos diretamente para uma unidade de pronto-atendimento. Além da telemedicina nas clínicas, a população tem acesso ao serviço de telemedicina do Hospital Albert Einstein, que funciona vinte e quatro horas por dia. As duas modalidades de telemedicina são acessadas por dispositivos móveis ou por computadores.

O gráfico 5 apresenta a frequência mensal em 2018 de utilização pela população de pronto-atendimento virtual do hospital e da telemedicina na Clínica Einstein. Na prática os nomes pronto-socorro e pronto atendimento são usados como sinônimos, neste dado, por ser atendimento virtual, será chamado de pronto-atendimento e não de pronto-socorro. O consumo mensal de atendimentos em adultos atingiu picos de 105 e 102 pacientes nos meses de agosto e outubro e apresenta uma tendência de crescimento, com maior destaque a partir de maio. Com a formalização da Telemedicina, apoiada pelos conselhos de medicina e maior acessibilidade por aplicativos móveis, espera-se maior adesão a essa modalidade de atendimento, evitando deslocamentos desnecessários para as unidades de pronto-socorro e desdobramentos desnecessários em recursos diagnósticos.

A distribuição mensal dos atendimentos pediátricos não mostra variação importante, oscilando entre um e doze pacientes. A triagem das Clínicas Cuidar, em função das características clínicas específicas da população pediátrica, não incentiva consultas virtuais para essa população, direcionando-as para as consultas presenciais.

Gráfico 5 – Frequência de Utilização de Pronto Atendimento Virtual – Telemedicina na Clínica Einstein



Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019.

Ao analisar o item consulta observa-se que no Einstein, ao longo do ano de 2018, houve queda a partir do mês de junho/julho, quando sob nova gestão, as consultas deixaram de ser livremente agendadas com os especialistas e as equipes de APS foram redesenhadas e passaram a atender uma população menor (2000 vidas por tríade do cuidado). Novas equipes de APS foram contratadas até o final do ano para melhorar a oferta. A cada mudança de gestão a percepção da população é de expectativa e a postura é de observação, podendo inicialmente retrair-se até que sinta segurança no novo modelo, comportamento já esperado. Pelo mesmo motivo, o perfil de utilização de consultas no seguro saúde manteve-se constante ao longo do ano, refletindo a não captação em grande escala da população pelas clínicas de APS, que é o que se deseja ao implantar um modelo de APS como porta de entrada ao sistema. Há clara oportunidade de aumento da oferta de consultas nas clínicas da APS para absorver a demanda existente e que continua utilizando o seguro saúde. Para o ano de 2019 estão previstas mais quatro clínicas, que conseguirão maior absorção da população do estudo, além da estratégia de estímulo à APS.

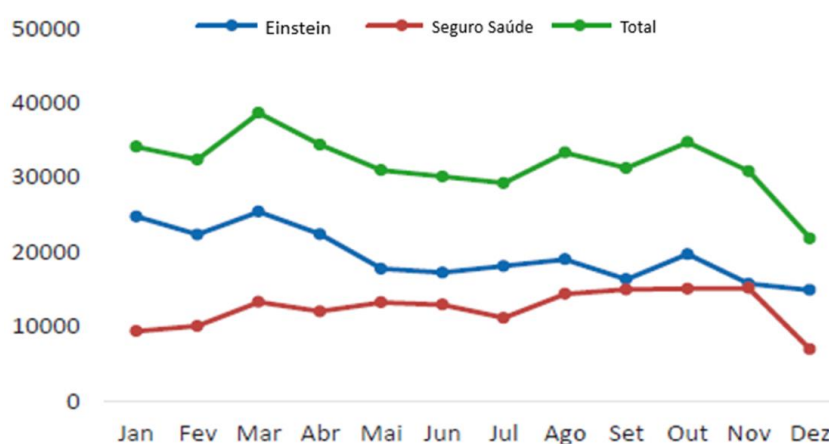
O gráfico 6 apresenta a frequência mensal em 2018 de exames realizados por titulares e dependentes no Einstein e no seguro saúde.

Por mês são realizados aproximadamente 3.600 exames independente da especialidade médica ou tipologia. Entre janeiro e dezembro, exceto em março, observa-se uma tendência decrescente na utilização desse serviço como um todo. Ao contrário do consumo de consultas,

observa-se que os beneficiários realizam seus exames majoritariamente nas unidades Einstein ofertadas pelo Programa Cuidar. Na continuidade do cuidado pela equipe do Programa Cuidar, com as ações de promoção, prevenção e educação em saúde e maior resolubilidade dos agravos, espera-se que com a redução da variabilidade dos profissionais, esse indicador apresente cada vez mais uma tendência decrescente, refletindo apenas a necessidade real da população.

É importante destacar ainda que os exames realizados no Einstein não são solicitados necessariamente pelo médico de família, uma vez que o programa possibilita à população, após validação do pedido pela equipe da APS, a realização de exames encaminhados por médicos do seguro saúde, nas unidades Einstein. Todavia, revela-se aqui uma tendência de comportamento desejável: o interesse por parte da população em utilizar os serviços e ofertas do Programa Cuidar.

Gráfico 6 – Frequência de Utilização de Exames – Ano 2018



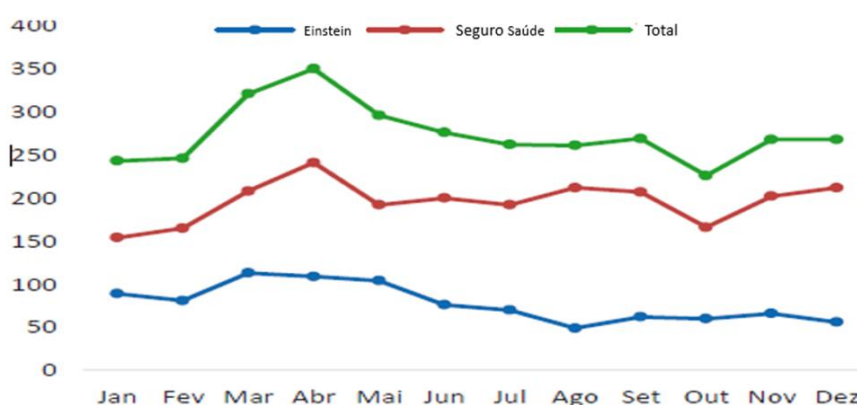
Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

Ao analisar o item referente aos exames, observa-se que no Einstein a frequência desses vinha em queda até o mês de maio e a partir de então se manteve constante, isso se dá pela facilidade de realização na própria unidade de trabalho, evitando deslocamento e absenteísmo. Vale ressaltar que os exames realizados no Einstein não são somente os solicitados pelas clínicas de APS, mas também pelo seguro saúde. Por outro lado, no seguro saúde o comportamento de utilização de exames foi constante ao longo do ano. A queda no mês de dezembro pode refletir o fechamento antecipado do faturamento dos prestadores de serviço junto ao seguro saúde, em função das festas de final de ano. Esse item está diretamente relacionado ao modelo da assistência médica, que quando não é por APS, gera exames muitas vezes sem indicação ou de forma repetida. Pela não adesão em grande percentual da população

à APS, esperava-se que a utilização de exames se mantivesse constante. A expectativa é que à medida que aumente a adesão ao modelo de APS, com estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde da família e crescimento de confiança no programa, as ações de promoção da saúde sejam reforçadas e, aos poucos, o uso inadequado de recursos tenha tendência a diminuir.

O gráfico 7 apresenta a frequência mensal de internações hospitalares da população do Programa Cuidar em 2018. Foram registradas em média 250 internações por mês, sendo fevereiro e março os meses com maior frequência. Observa-se ainda que as internações no Einstein apresentaram tendência decrescente entre março e agosto, enquanto as do seguro saúde apresentaram tendência crescente nos mesmos meses, refletindo o momento de transição, sem que represente redução do número de internações, mas sim migração para o seguro saúde em função do ajuste da estratégia do novo modelo de gestão, com internações no Einstein somente para casos de alta complexidade/alto custo incluindo as cirurgias eletivas. Além disso, a redução de internações de alta complexidade, via Programa Cuidar, permite a hipótese de que as ações de cuidados em saúde na atenção primária estão seguindo um plano de cuidado que contribua efetivamente com melhores desfechos.

Gráfico 7 – Frequência de Utilização de Internações – Ano 2018

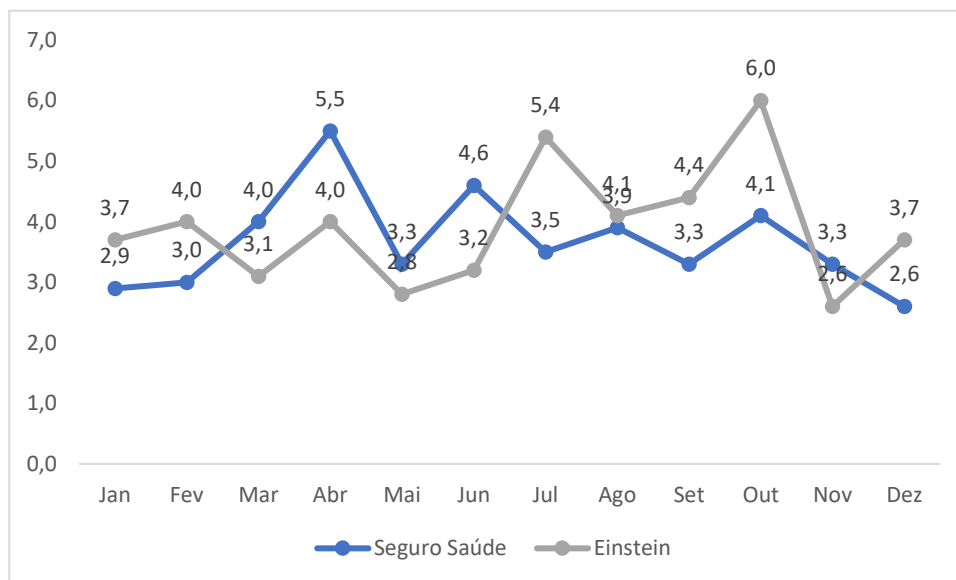


Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

O Núcleo de Regulação teve um papel decisivo no critério das internações, garantindo o acesso ao Einstein para a população clinicamente elegível e não por conforto ou comodidade do profissional solicitante. O gráfico 8 mostra o tempo médio de permanência hospitalar durante uma internação. Observa-se na transição do modelo de gestão que as internações no seguro saúde apresentam tendência de redução do tempo médio de permanência, o que reflete a ação diária do Núcleo de Regulação no acompanhamento e na discussão dos casos internados com o seguro saúde, garantindo a desospitalização mais precoce através de

ações como cobrar agilidade na autorização de exames, procedimentos cirúrgicos, transição de cuidados a nível domiciliar e transferência de casos de maior complexidade para o Einstein. O tempo médio de permanência é maior no Einstein, por serem os casos que demandam mais cuidados.

Gráfico 8 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar – Ano 2018

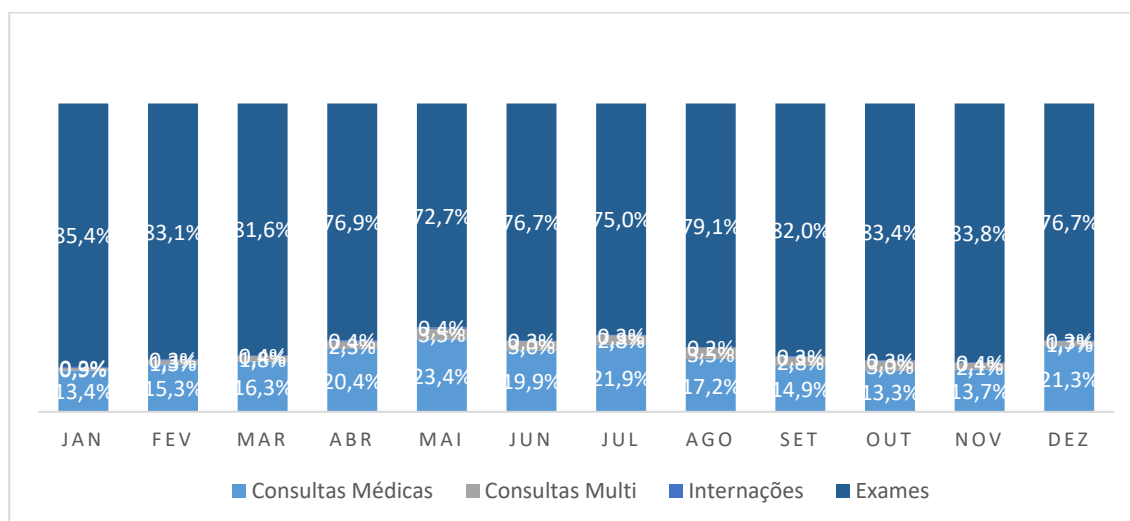


Fonte: Elaborado a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

Ao analisar o item internação, observa-se mudança do perfil de utilização, provavelmente associado às modificações introduzidas no programa, como por exemplo o acesso ao Einstein sobretudo para cirurgias de alta complexidade, e não mais para as eletivas de baixa complexidade, que passaram a ser realizadas na rede credenciada do seguro saúde. A expectativa é que à medida que o acesso e a adesão à APS aumentem, a população tenha mais confiança na equipe e sintam-se desestimulada a realizar cirurgias com indicação dúbia ou sem indicação, desse modo, as internações clínicas tendem a diminuir por maior controle das condições sensíveis à APS. O monitoramento diário dos pacientes internados permitiu que o tempo de permanência fosse reduzido, na rede credenciada do seguro saúde, através da agilidade de autorizações e realização de procedimentos ou questionamento de indicações dúbias. Espera-se que com a continuidade do monitoramento dos casos e com o trabalho da equipe, os prestadores tenham condutas mais éticas e sintam-se desestimulados ao desperdício e más práticas, privilegiando a qualidade dos desfechos. O fato dos casos de maior complexidade tanto eletivos, quanto de urgência serem internalizados no Einstein, justifica o maior tempo de permanência em relação à rede credenciada do seguro saúde.

O gráfico 9 e tabela 6 apresentam o perfil do consumo em saúde pela população estudada dentro do Einstein em 2018. Observa-se que a maior frequência de serviço consumido se refere a exames (72.7% a 85.4%), seguido de consultas médicas (13.3% a 23.4%), de consultas com a equipe multidisciplinar (0.9% a 3.5%) e de internações (0.2% a 0.4%) que percentualmente têm pouca representatividade nesse consumo. Este padrão foi mantido em todos os meses do ano de 2018. A observação da evolução desse consumo oferece para a gestão do Programa Cuidar a oportunidade de incentivar maior adesão, maior oferta de consultas e implantação da cultura da equipe multiprofissional.

Gráfico 9 – Frequência de utilização no Einstein por tipo de serviço – Ano 2018



Fonte: Elaborado a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

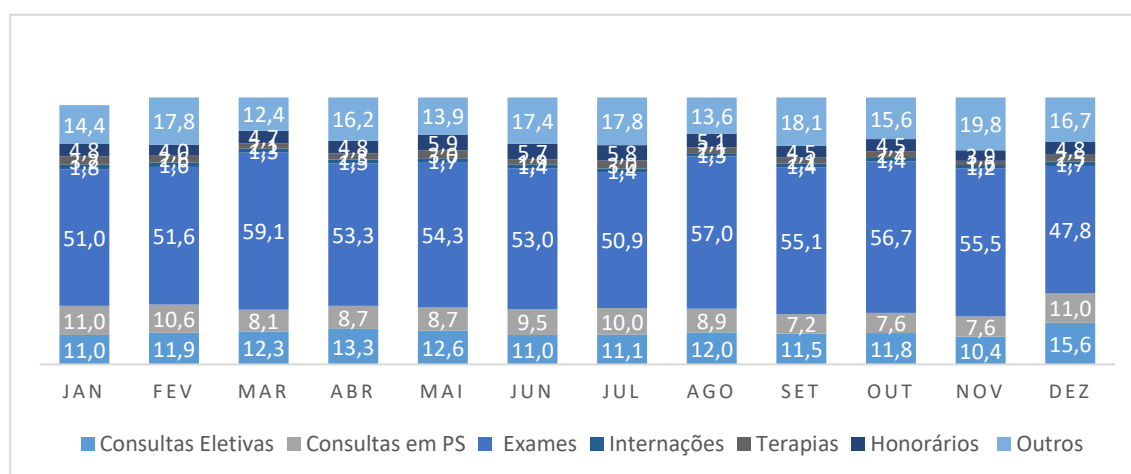
Tabela 6 – Frequência de utilização no Einstein por tipo de serviço– Ano 2018

MÊS	CONSULTAS MÉDICAS	CONSULTAS MULTI	INTERNAÇÕES	EXAMES
Jan	13,4%	0,9%	0,3%	85,4%
Fev	15,3%	1,3%	0,3%	83,1%
Mar	16,3%	1,8%	0,4%	81,6%
Abr	20,4%	2,3%	0,4%	76,9%
Mai	23,4%	3,5%	0,4%	72,7%
Jun	19,9%	3,0%	0,3%	76,7%
Jul	21,9%	2,8%	0,3%	75,0%
Ago	17,2%	3,5%	0,2%	79,1%
Set	14,9%	2,8%	0,3%	82,0%
Out	13,3%	3,0%	0,3%	83,4%
Nov	13,7%	2,1%	0,4%	83,8%
Dez	21,3%	1,7%	0,3%	76,7%

Fonte: Elaborada a partir de dados do Programa Cuidar, 2019

Por sua vez, o gráfico 10 e tabela 7 apresentam o perfil do consumo no Seguro Saúde. Observa-se também que as maiores frequências dizem respeito aos exames (47,8% a 59,1%), seguido das consultas eletivas (10,4% a 15,6%), consultas de PS (7,2% a 11,0%), honorários médicos (12,4% a 19,8%) e internações (1,2% a 1,8%). No item outros considera-se o que não está enquadrado nos serviços anteriormente descritos, como por exemplo, pagamentos direto ao fornecedor de OPMEs e medicamentos de alto custo e taxas de comercialização. Por honorários médicos entende-se os valores cobrados/pagos aos profissionais de saúde, diferente das taxas que os serviços de saúde cobram pela utilização de suas instalações para a realização dos mesmos.

Gráfico 10 – Frequência de utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018



Fonte: Elaborado a partir de dados do Seguro Saúde, 2019

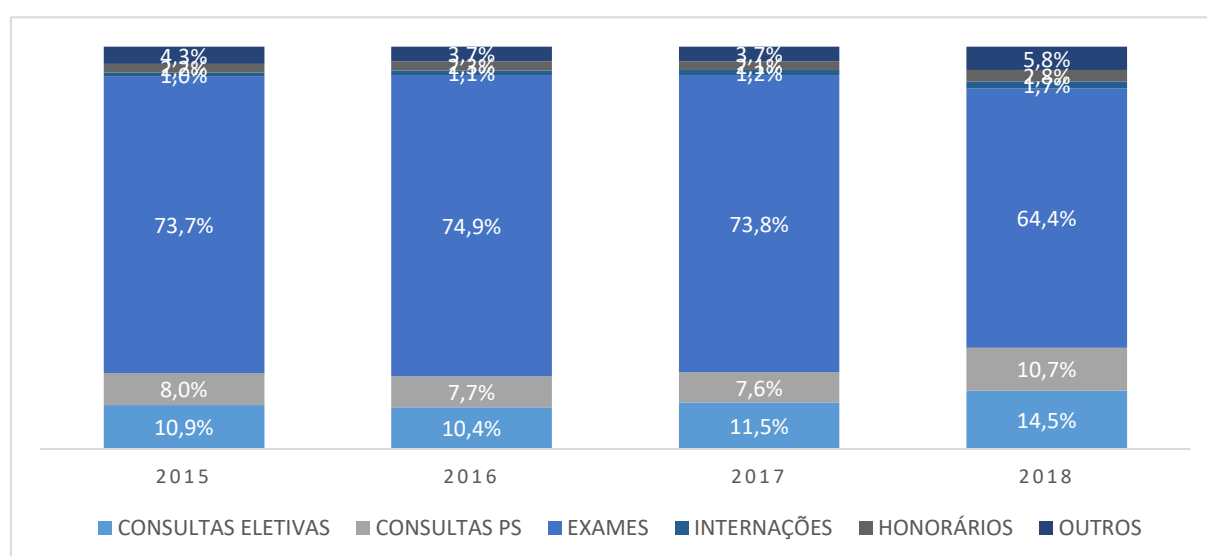
Tabela 7 – Frequência de utilização por Tipo de Serviço no Seguro Saúde em 2018

MÊS	CONSULTAS ELETIVAS	CONSULTAS EM PS	EXAMES	INTERNAÇÕES	TERAPIAS	HONORÁRIOS	OUTROS
Jan	11,0	11,0	51,0	1,8	3,2	4,8	14,4
Fev	11,9	10,6	51,6	1,6	2,6	4,0	17,8
Mar	12,3	8,1	59,1	1,3	2,1	4,7	12,4
Abr	13,3	8,7	53,3	1,5	2,3	4,8	16,2
Mai	12,6	8,7	54,3	1,7	3,0	5,9	13,9
Jun	11,0	9,5	53,0	1,4	1,9	5,7	17,4
Jul	11,1	10,0	50,9	1,4	3,0	5,8	17,8
Ago	12,0	8,9	57,0	1,3	2,1	5,1	13,6
Set	11,5	7,2	55,1	1,4	2,1	4,5	18,1
Out	11,8	7,6	56,7	1,4	2,4	4,5	15,6
Nov	10,4	7,6	55,5	1,2	1,6	3,9	19,8
Dez	15,6	11,0	47,8	1,7	2,5	4,8	16,7

Fonte: Elaborada a partir de dados do Seguro Saúde, 2019

Estabelecendo uma comparação entre a evolução da utilização no seguro saúde, ao longo dos anos de 2015 a 2018, observa-se um perfil semelhante em todos os anos, com maior frequência de utilização de exames (64.4% a 74.9%); seguido de consultas eletivas (10.4% a 14.5%) e consultas em pronto socorro (7.6% a 10.7%). As internações representam o serviço de menor frequência (1.0% a 1.7%). A maior variação de frequência que houve ao longo desses anos, foi no número de exames realizados, com redução de 0.9% no ano de 2018, em relação ao ano de 2017 (gráfico 11 e tabela 8).

Gráfico 11 – Evolução da Frequência de Utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)



Fonte: Elaborado a partir de dados do Seguro Saúde, 2019

Tabela 8 – Frequência de Utilização no Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)

ANO	CONSULTAS ELETIVAS	CONSULTAS PS	EXAMES	INTERNAÇÕES	HONORÁRIOS	OUTROS
2015	10,9%	8,0%	73,7%	1,0%	2,2%	4,3%
2016	10,4%	7,7%	74,9%	1,1%	2,3%	3,7%
2017	11,5%	7,6%	73,8%	1,2%	2,1%	3,7%
2018	14,5%	10,7%	64,4%	1,7%	2,8%	5,8%

Fonte: Elaborada a partir de dados do Seguro Saúde, 2019

Considerando a evolução global da utilização do seguro saúde desde a criação do Programa em 2015, desejava-se que já houvesse alguma tendência de queda na utilização, porém o novo modelo assistencial com foco na APS só teve início nos últimos dias do ano de 2016 e logo depois sofreu modificações em seu desenho. O único item que de fato sofreu queda de utilização no seguro saúde foi o exame, acredita-se pela facilidade de acesso. Espera-se que,

com a maior adesão da população às novas equipes de APS nas novas unidades que serão inauguradas em 2019, haja redução no perfil de utilização do seguro saúde através de melhor gestão do cuidado e melhores condições de saúde da população em estudo.

5.3 Análise dos Gastos do Benefício Saúde

Considera-se como gasto total o valor pago ao seguro saúde, que é o cálculo do valor fixo por tipo de plano (Seleto 1, 2, 3 e 4) multiplicado pelo número total de vidas em cada tipo de plano. Por ser uma contratação no modelo de pré-pagamento, ao analisar o gasto total não se considera a utilização (sinistro) e sim o prêmio, representando o gasto com o benefício saúde. Até o ano de 2016 o gasto total do benefício saúde era composto somente pelo valor pago ao seguro saúde. A partir de 2017, com a implantação do Programa Cuidar, acrescenta-se o custo dos eventos internalizados no Einstein na composição do gasto total.

O custo Einstein é subsidiado pela instituição e apurado com base em custos variáveis e incrementais das áreas, considerando-se a ociosidade. São desconsiderados todos os custos fixos.

Por questão mercadológica os valores reais não foram informados, nem nos dados do seguro saúde, nem nos dados do Einstein. Foi atribuído, desse modo, o valor 1 ao gasto do ano inicial do estudo (2015) e os valores dos anos subsequentes mantiveram a proporcionalidade em relação à unidade.

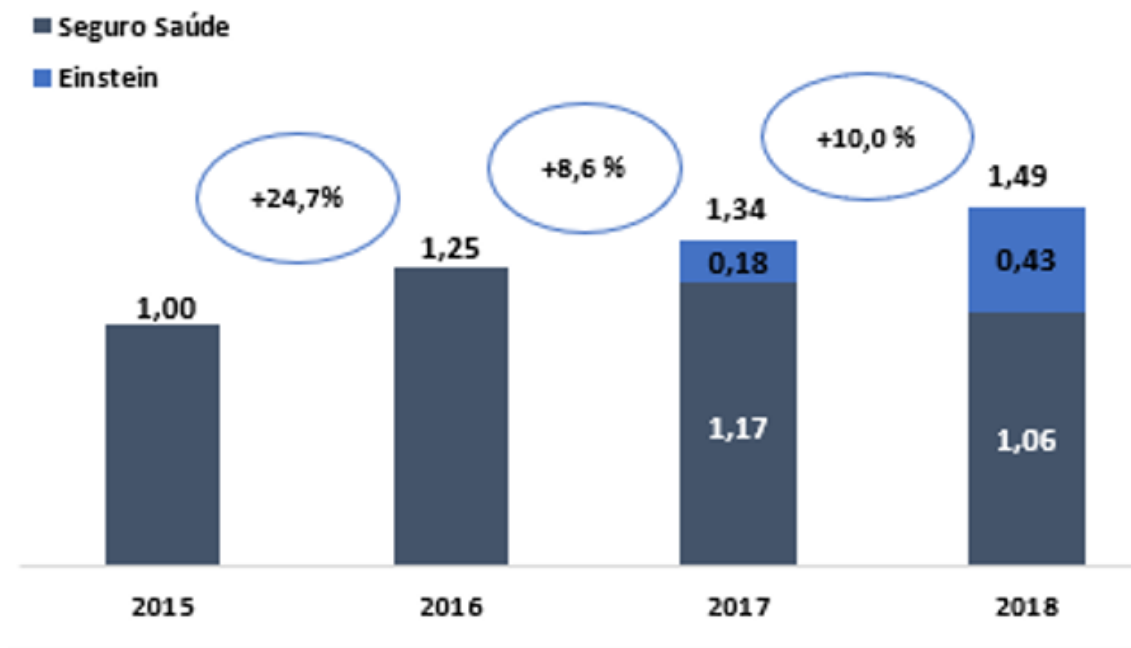
O gráfico 12 mostra a evolução do gasto total com o Benefício Saúde no período de 2015 a 2018. Observa-se um aumento do gasto total em todos os anos do período, entretanto a magnitude desse crescimento foi menor nos anos de 2018 e 2017 do que em 2016 com o início da Clínica Cuidar no atendimento de pacientes.

O gasto total do ano de 2015 foi considerado como referência, representando uma unidade, para comparação aos demais anos. Em 2016 o gasto total foi de 1,25 unidades, mostrando aumento de 24,7% em relação a 2015. Em 2017 o gasto total aumentou para 1,34 unidades, o que representa aumento de 8,6% em relação a 2016 e finalmente no ano de 2018 o gasto total aumentou para 1,49 unidades, representando acréscimo de 10,0% ao gasto total de 2017.

Com as internalizações do Programa Cuidar o gasto total de 1,34 unidades em 2017 foi composto por 1,17 unidades no Seguro Saúde (87,3%) e de 0,18 no Einstein (13,4%) e, no ano de 2018, a composição do gasto total de 1,49 unidades foi de 1,06 unidades no Seguro Saúde (71,1%) e de 0,43 unidades no Einstein (28,9%). Apesar do aumento do gasto total do período,

ressalta-se que no seguro saúde houve desaceleração de 1.25 unidades em 2016 para 1.17 unidades em 2017 e 1.06 unidades em 2018, caracterizando a redução de gasto no seguro saúde.

Gráfico 12 – Evolução do Gasto do Benefício Saúde (2015 – 2018)

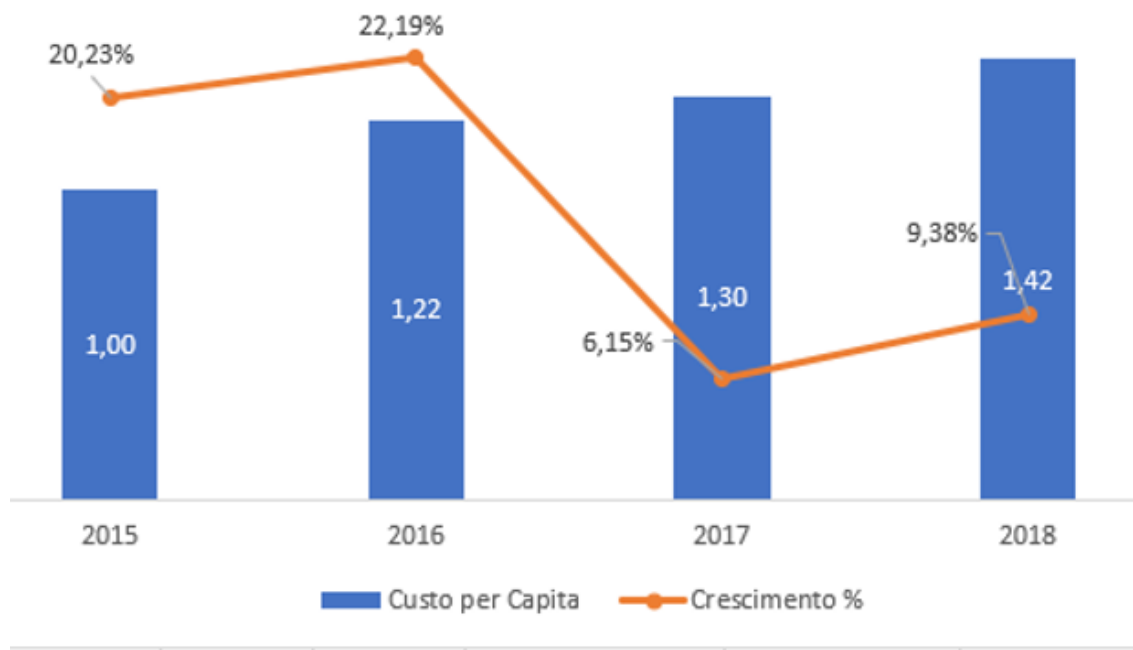


Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

O gasto per capita total considera a composição do gasto total (prêmio) no seguro saúde mais o custo no Einstein dividido pelo número de vidas em cada ano. O gráfico 13 apresenta a evolução do gasto per capita total com Benefício Saúde no período de 2015 a 2018. Embora o gasto per capita também tenha crescido em todos os anos do período, a taxa de crescimento em relação ao ano anterior apresentou queda a partir de 2017, comparando com os anos anteriores às internalizações no Einstein.

O ano de 2015 foi considerado como referência, ou seja, representado por uma unidade para efeito de comparação aos demais anos. Em 2015 o gasto per capita de uma unidade representava um acréscimo de 20,2% no gasto de 2014 e em 2016 o gasto per capita total foi de 1,22 unidades, mostrando aumento de 22,19% em relação a 2015. Em 2017 o gasto per capita total aumentou para 1,30 unidades o que representa aumento de 6,15% em relação a 2016 e finalmente no ano de 2018 o gasto per capita total aumentou para 1,42 unidades, representando acréscimo de 9,38% ao gasto per capita total de 2017. Com a redução da taxa média de crescimento anual, a partir de 2017, estima-se que com a maturidade do programa haja redução do gasto com o benefício saúde.

Gráfico 13 – Evolução do Gasto per Capita Total (2015 – 2018)



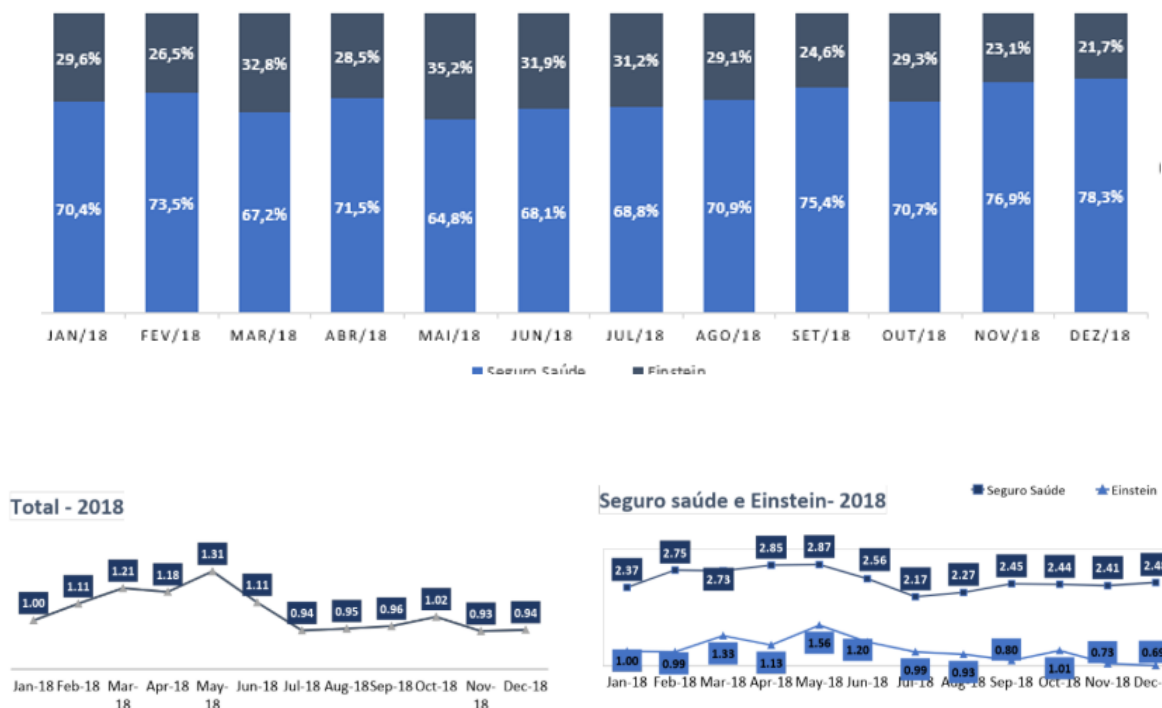
Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

No gráfico 14 encontra-se a variação mensal da composição do gasto total com Benefício Saúde (prêmio seguro saúde e Einstein) no ano de 2018. Observa-se que a participação do Einstein na composição do gasto variou entre 21,7% no mês de dezembro e 35,2% em maio.

Para avaliar a variação mensal do gasto total, o valor real de janeiro de 2018 foi convertido para uma unidade e observa-se variação entre 0,93 unidade em novembro a 1,31 unidades no mês de maio.

Considerando o gasto total dividido entre Seguro Saúde e o Einstein, foi utilizado o mesmo método de padronização do valor, no qual o custo total do Einstein é a referência equivalente a uma unidade. O gasto do Seguro Saúde foi calculado em proporção ao valor do custo Einstein. O custo do Einstein variou entre 0,69 unidade em dezembro a 1,56 unidades em maio enquanto no Seguro Saúde o gasto variou entre 2,17 unidades em junho a 2,87 unidades em maio.

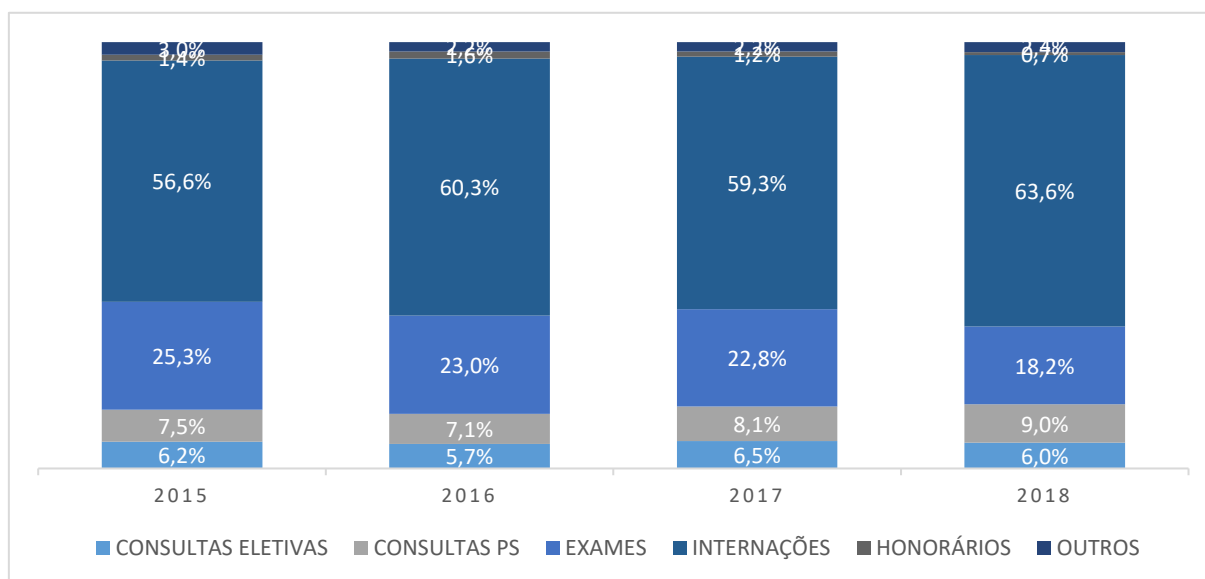
Gráfico 14 – Composição do Gasto Total com Benefício Saúde em 2018



Fonte: Programa Cuidar, Einstein, 2019 – Adaptado

O gráfico 15 e tabela 9 apresentam o perfil de evolução do gasto total do Seguro Saúde no período de 2015 a 2018 e revelam que a composição do percentual dos gastos por tipo de serviço manteve-se a mesma ao longo dos anos. Observa-se que o maior gasto se refere às internações (56,6% a 63,6%) para todos os anos do período, seguido do gasto de exames (18,2% a 25,3%), consultas de PS (7,1% a 9,0%), consultas eletivas (5,7% a 6,5%), honorários médicos (0,7% a 1,6%) e outros serviços (2,2% a 3,0%).

Gráfico 15 – Evolução no Gasto do Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)



Fonte: Seguro Saúde, 2019 – Adaptado

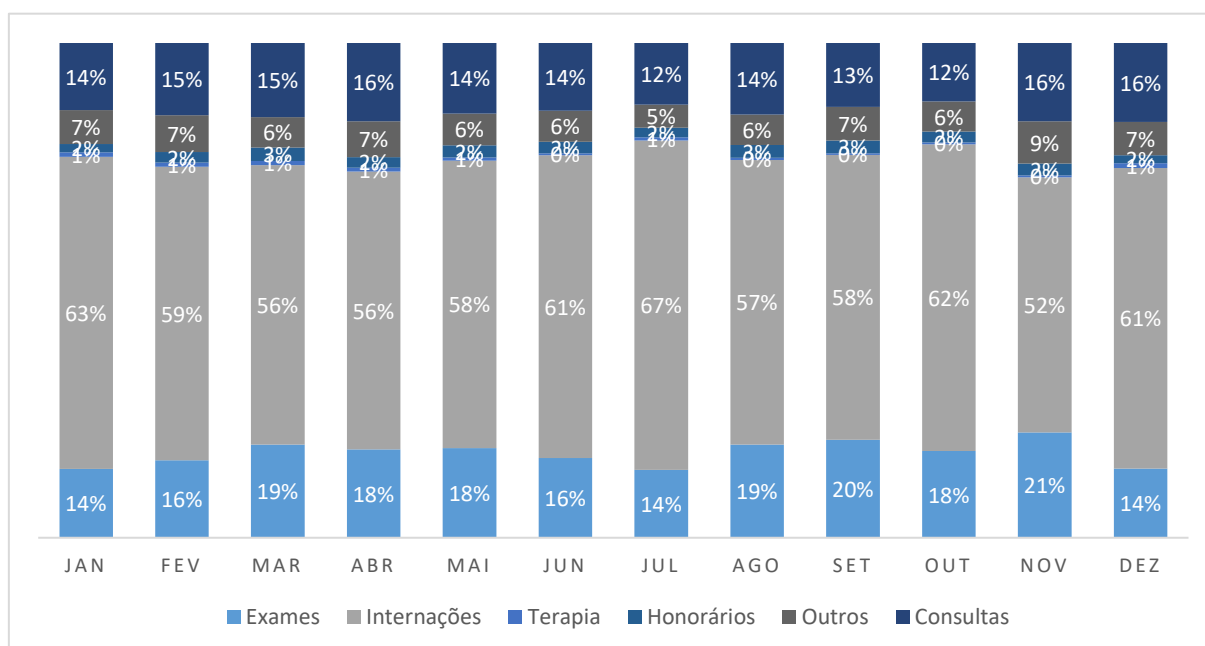
Tabela 9 – Evolução no Gasto do Seguro Saúde por Tipo de Serviço (2015 – 2018)

ANO	CONSULTAS ELETIVAS	CONSULTAS PS	EXAMES	INTERNAÇÕES	HONORÁRIOS	OUTROS
2015	6,2%	7,5%	25,3%	56,6%	1,4%	3,0%
2016	5,7%	7,1%	23,0%	60,3%	1,6%	2,2%
2017	6,5%	8,1%	22,8%	59,3%	1,2%	2,2%
2018	6,0%	9,0%	18,2%	63,6%	0,7%	2,4%

Fonte: Seguro Saúde, 2019 – Adaptado

O perfil do gasto total do Seguro Saúde mensal no ano de 2018 foi apresentado no gráfico 16 e tabela 10. Em todos os meses o maior gasto se refere às internações (52% a 67%), representando mais da metade do sinistro, seguido dos exames (14% a 21%) e consultas (12% a 16%).

Gráfico 16 – Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018



Fonte: Seguro Saúde, 2019 – Adaptado

Tabela 10 – Gasto no Seguro Saúde por Tipo de Serviço em 2018

MÊS	EXAMES	INTERNAÇÕES	TERAPIAS	HONORÁRIOS	OUTROS	CONSULTAS
Jan	13,9%	63,0%	0,9%	1,6%	6,9%	13,6%
Fev	15,6%	59,4%	0,8%	2,1%	7,4%	14,6%
Mar	18,8%	56,5%	0,8%	2,7%	6,2%	15,0%
Abr	17,9%	56,2%	0,8%	2,1%	7,3%	15,8%
Mai	18,1%	58,1%	0,6%	2,5%	6,4%	14,2%
Jun	16,1%	61,2%	0,4%	2,3%	6,3%	13,7%
Jul	13,7%	66,6%	0,6%	1,9%	4,6%	12,5%
Ago	18,8%	57,5%	0,5%	2,6%	6,2%	14,5%
Set	19,8%	57,6%	0,3%	2,6%	6,8%	12,9%
Out	17,5%	62,0%	0,4%	2,2%	6,1%	11,8%
Nov	21,3%	51,6%	0,4%	2,3%	8,5%	15,9%
Dez	14,0%	60,7%	0,9%	1,7%	6,7%	16,0%

Fonte: Seguro Saúde, 2019 – Adaptado

A análise do gasto do seguro saúde reflete o perfil de utilização ainda não controlado. Embora a expectativa fosse de um novo perfil de utilização, a literatura mostra que as intervenções de saúde populacional requerem maior tempo de exposição para que haja impacto

nos resultados financeiros. Inicialmente pode haver tendência de aumento na utilização e consequente aumento no gasto, pois a população fica mais consciente da necessidade do autocuidado. A população acredita na instituição, na sua excelência técnica, no seu compromisso com a qualidade, com a entrega de valor e na sua característica inovadora. Espera-se que com a continuidade das ações de saúde populacional e maior oferta de APS, a adesão seja cada vez maior às novas clínicas que serão inauguradas em 2019, permitindo maior acesso de modo que o contínuo do cuidado seja incorporado à rotina, melhorando a condição de saúde e a satisfação da população, além da consequente redução de gasto.

Comparando a relação gasto-frequência, observa-se que no ano de 2018, no seguro saúde, o evento de maior frequência de utilização da população foi o exame (64.4%), porém representa um pequeno impacto no gasto do período (18.2%). Enquanto a internação é o evento de menor frequência (1.7%), porém representa o maior gasto (63.6%). Parece haver tendência de redução dos gastos, embora o perfil de utilização se mantenha inalterado. A diminuição da taxa de crescimento do gasto per capita, ao longo dos anos, reforça a hipótese da redução do gasto após a implantação do Programa Cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção primária à saúde preconizado em Alma-Ata (1978) e reforçado em Astana (2018) como porta de entrada do sistema de saúde e pilar essencial do modelo de gestão de saúde populacional desponta como solução para as empresas que se deparam com o gasto alto do benefício saúde e adoecimento da sua força de trabalho, principalmente às custas das doenças crônicas não transmissíveis. Diante das transformações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, a APS é o principal elemento que garante uma atenção contínua à saúde, atuando desde a prevenção, promoção, cura e até reabilitação, sendo ainda a esperança para a sustentabilidade do mercado saúde,

O Einstein, instituição comprometida com as dimensões da qualidade, principalmente na centralidade do paciente e, alinhado com as boas práticas internacionais, adota o conceito do *triple aim* e a entrega de valor em saúde. A instituição tem como principal fator facilitador para a implantação de um programa de saúde populacional ser uma empresa atuante na área da saúde, com expertise técnica que permite assumir a condução dos casos complexos, usando o seu próprio *know-how* e sua estrutura em rede. Do ponto de vista de gestão conta com recursos tecnológicos de ponta, como *Big Data*, *machine learning*, metodologia *Lean Six Sigma* que dão

suporte ao negócio. A maturidade da gestão da instituição permite que o Einstein tenha o ambiente propício para o desenvolvimento de um modelo de gestão de saúde populacional.

O Programa Cuidar surge como uma inovação, acompanhando a tendência dos mercados internacional e nacional e como oportunidade da instituição experienciar o modelo de saúde populacional, fazendo uso da sua expertise e maturidade, oferecendo à sua população de empregados e familiares o cuidado certo, na hora certa, sem desperdício. O modelo começou de forma híbrida, com grande participação de especialistas nos cuidados da população estudada, representando um momento de transição do antigo modelo fragmentado e segmentado oferecido pelo seguro saúde. Durante o processo de transição percebeu-se a necessidade de evoluir para um modelo mais purista, com o médico de família e comunidade como o único especialista da APS. A cultura anterior dos superespecialistas contribuiu para uma percepção inicial equivocada pelos empregados, que associavam a APS ao modelo de atendimento do SUS, como algo depreciativo. À medida que a população foi sendo atendida, de forma diferenciada, com acolhimento e humanização, com longitudinalidade do cuidado, tendo os mesmos profissionais nas equipes e nos atendimentos, aumentou a vinculação (TURCI, COSTA, MACINKO, 2019). Simultaneamente ao maior acesso à excelência técnica na alta complexidade, a tendência foi de maior aceitação do modelo proposto.

Apesar do pouco tempo de exposição às Clínicas de APS (2017/2018), com a inauguração de novas clínicas, haverá aumento do acesso e maior adesão da população ao novo modelo nos próximos anos. É necessário que haja continuidade de monitoramento dos resultados, para que os dados sejam significativos e submetidos a análises estatísticas que demonstrem o resultado do programa. É necessário maior tempo de exposição e acompanhamento de longo prazo dos indicadores de utilização da população estudada e dos gastos, para concluir se a intervenção está ou não correlacionada com a melhoria da saúde do grupo estudado e se há redução do gasto saúde. Segundo Escrivão, é necessário mensurar os resultados em saúde para avaliar se há impactos positivos nos grupos populacionais envolvidos e assim, gerenciar o cuidado. (ESCRIVÃO JR., 2004). Modelos consagrados como a Kaiser Permanente, o *Bellin* e o *Gesundes Kinzigtal* tiveram muitos anos de exposição aos programas para que os resultados financeiros e epidemiológicos fossem positivos. O *Gesundes Kinzigtal*, o mais novo dos três modelos citados, iniciou seu programa em 2004 e somente após dez anos de intervenção os resultados positivos foram divulgados. A expectativa é que o Programa Cuidar apresente tendência de correlação positiva com a intervenção a partir do quinto ano de implantação.

A experiência Einstein de gestão da saúde da sua população de empregados e familiares permite à instituição ser inspiração para outras empresas, criando oportunidade de novos negócios. Empresas têm buscado soluções para cuidar e melhorar a saúde da sua população e controlar o crescente gasto do benefício saúde. As clínicas Einstein com equipes de excelência, no modelo de acesso por APS, criam oportunidade de novos negócios para a instituição, sabendo que equipes eficientes são o melhor *benchmarking* para as demais empresas (ROCHA; SILVA, 2019). O Einstein está pronto para compartilhar com outras empresas suas experiências de sucesso e sempre aprender por meio da construção do modelo mais adaptado a cada cenário, a cada realidade, o que permite que as estratégias de cuidado e gestão sejam otimizadas para garantir melhoria na saúde e redução nos gastos.

O modelo de saúde populacional é um processo e toda mudança requer adaptação. A análise dos resultados do Programa Cuidar, em relação ao perfil de utilização e mesmo ao gasto do programa, a curto prazo (2017/2018), pode não apontar correlação positiva com a intervenção, embora já se registre a diminuição da taxa de crescimento média anual do gasto do benefício saúde. Os dados analisados não refletem ainda tendência de modificação no perfil de utilização dos titulares e dependentes e não se pode afirmar que houve alguma correlação com melhoria da saúde. Em consonância com a literatura, o pouco tempo de exposição ao programa não gerou evidências significativas para serem testadas estatisticamente. Conclui-se que é necessário maior tempo de exposição para validar se a intervenção, o Programa Cuidar, melhorou a saúde da população ou apresentou redução dos gastos.

Por outro lado, acompanhar o que tem sido proporcionado aos empregados e familiares, os desfechos de sucesso, a conquista do acesso ao Einstein e o acolhimento ao longo de todo o ciclo de cuidado, é de valor imensurável, principalmente para quem acompanhou o Programa desde a sua concepção, vibrando a cada nova conquista, apoiando e torcendo a cada mudança de estratégia, ao longo de diferentes gestões. Ser entusiasta do Programa Cuidar pode ser considerado um viés de criticidade. Certamente há muita oportunidade para melhorar ainda mais o programa e compartilhar essa experiência com um público externo à instituição permitirá aprender com as críticas e aprimorar o Programa.

Fazer a diferença para os empregados e familiares e poder oferecer a eles a excelência em recurso saúde é o melhor resultado que o Programa Cuidar pode apresentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. “Indicadores de Desempenho no sistema Único de Saúde: Uma Avaliação dos Avanços e Lacunas”. In: **Saúde Debate**. V. 41 N. Especial, Rio de Janeiro, março/2017, pp. 118-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0118.pdf>. Acesso em 12_out. 2017.

ABQV – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. **Temas Avançados em Qualidade de Vida**, volume 3, Londrina, 2015.

ABQV – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. **Temas Avançados em Qualidade de Vida**, volume 5, Londrina, 2017.

ALIANÇA PARA A SAÚDE POPULACIONAL. Mais Saúde – Panorama de Saúde Populacional. In: **Caderno 1**, setembro 2013.

ALIANÇA PARA A SAÚDE POPULACIONAL. **Referências em Gestão de Saúde Populacional** (GSP). volume 2 – Gestão de Doenças Crônicas, abril/2014.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. “Laboratório de Inovação sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar”. In: **Série Técnica Navegador SUS**, volume 12, Rio de Janeiro, Organização Pan-americana da Saúde, 2018.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a Modelagem de Programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_a_promoprev_web.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Vvalor.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Livro Branco: Brasil Saúde** 2019. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://ondemand.anahp.com.br/curso/publicacao-livro-branco-2019>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. “The Triple Aim: Care, Health, and Cost”. In: **Health Affairs**, v. 27, pp. 759-769, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 5 jun. 2018.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na Saúde**. São Paulo, Atheneu Editora, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL)**. 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em->

[saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/fatores-de-risco](#) Acesso em 01 maio 2019.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. Disponível em : <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/676-689/#> Acesso em 27 jul. 2019

CCA – CARE CONTINUUM ALIANCE, 2016. Disponível em: <http://www.carecontinuum.org/>. Acesso em: 16 abr. 2018.

CHAPCHAP, P.; TORELLY, F. A.; PENA, F. P. M.; ALVES, G. J. J. “Cuidando de quem Cuida”. In: **Harvard Business Review Brasil**. agosto 2017. Disponível em: <http://hbrbr.uol.com.br/cuidando-de-quem-cuida/>. Acesso em: 13 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS**. 1ª edição, volume 2, novembro 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/compreendendo-o-sistema-de-saude-para-uma-melhor-gestao/>. Acesso em: 01 maio 2018.

CONIL, E. “Sistemas Comparados de Saúde”. In: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; ALERMAN, M.; DRUMON, M. J.; CARVALHO, Y. M. (orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição. São Paulo, Hucitec Editora, 2012, pp. 581-659..

CONRAD, D. A. “The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care”. In: **Health Services Research**. Vol. 50; 2, pp. 2057-2089, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338202/>. Acesso em: 08 maio 2019.

DIGIOIA, A. M., CLAYTON, S. B., GIARRUSSO, M. B. “What Matters to You? A pilot project for implementing patient-centered care”. In: **Patient Experience Journal**, article 17. volume 3, issue 2, pp. 130-137, 2016.

DEUS, A. R. “Qualidade na Assistência à Saúde – Um Olhar sobre a Literatura”. **XII Congresso Nacional De Excelência Em Gestão**. Brasil, setembro/2016. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_M_07.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

ESCRIVÃO JR., A. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo**. (Relatórios de pesquisa, n. 9/2.004). São Paulo, FGV-EAESP, 2004.

FIOCRUZ– FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto Desenvolvimento de metodologia de em avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro/Proadess**. Relatório Final, 2003. Disponível em <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

HYMEL, P.; LOEPPKE, R.; BAASE, C.; BURTON, W.; HARTENBAUM, T. H.; McLELLAN, R.; MUELLER, K.; ROBERTS, M.; YARBOROUGH, C.; KONICHI, D.; LARSON, P. “Workplace Health Protection and Promotion – A New Pathway for a Healthier and Safer Workforce”. In: **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. Volume 53, edição 6, pp. 695-702, junho/2011.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR A **História e os Desafios da Saúde Suplementar**. 10 anos de regulação. São Paulo, Editora Saraiva, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 10 mar. 2019.

JONES, D.; MOLITOR, D.; REIF, J. **What Do Workplace Wellness Programs Do?** Evidence from the Illinois Workplace Wellness Study. NBER Working Paper No. w24229, janeiro/2018. Disponível em: <https://experts.illinois.edu/en/publications/what-do-workplace-wellness-programs-do-evidence-from-the-illinois>. Acesso em: 03 mar. 2019.

KAPLAN, R. S.; MACLEAN, C. H.; DRESNER, A.; HAAS, D. A.; FEELEY, T. W. “Health Care Providers Need a Value Management Office”. In: **Harvard Business Review**, dezembro/2015. Disponível em: <https://hbr.org/2015/12/health-care-providers-need-a-value-management-office>. Acesso em: 01 maio 2018.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. **Como resolver a crise de custos na saúde Escrito**. Cambridge, HBR, 2013. Disponível em: <http://conexaohomecare.com/web/A%20grande%20ideia.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

KATZ, M.; FRANKEN, M.; MAKDISSE, M. “Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion”. In: **Journal of The American College of Cardiology**. Volume 70, número 7, 2017. Disponível em: <http://www.onlinejacc.org/content/70/7/904>. Acesso em: 01 maio 2018.

KINZIGTAL, G. “The Business of Population Health Management”. In: **The Advisory Board Company**, 2016. Disponível em: https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum_Gesundes-Kinzigtal_Case_study_2016.pdf. Acesso em: 02 mar 2019.

KP – KAISER PERMANENTE. Disponível em: <https://healthy.kaiserpermanente.org/>. Acesso em: 02 jan. 2018.

LASELVA, C. R.; CENDOROGLO NETO, M.; TERRA, J. C.; SIDNEY KLAJNER; LOTTENBERG C. L. “Abordagem sistêmica para criar valor ao paciente”. In: **Harvard Business Review Brasil**. Agosto/2016. Disponível em: <https://hbrbr.uol.com.br/abordagem-sistemica-para-criar-valor-ao-paciente/>. Acesso em 01 maio 2018.

MAKDISSE, M.; KATZ, M.; RAMOS, P.; PEREIRA, A.; SHIRAMIZO, S.; CENDOROGLO, M. N.; KLAJNER, S. “What Is a Value Management Office? An Implementation Experience in Latin America”. In: **Value in Health Regional Issues**, pp. 71-73, maio/2018.

MARTINS, M. “Qualidade do cuidado em saúde”. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (orgs.) **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** (online). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. Vol. 1, pp. 24-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8h47w/epub/sousa-9788575415955.epub>. Acesso em 01 maio 2019.

MCCARTHY, D.; MUELLER, K.; WRENN, J. “Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology”. In: **Commonwealth Fund**. Volume 17, USA, junho/2009. Disponível em: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2009/jun/1278_mccarthy_kaiser_case_study_624_update.pdf. Acesso em: 13 out. 2017.

MENDES, E. V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2012

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde**. Alma-Ata, URSS. 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 6 mar. 2019.

_____. **The World Health Report 2000: Health Systems, Improving Performance**. Genebra, 2000.

_____. “Declaração de Astana”. **Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde**. Astana, Cazaquistão. 25 a 27 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>. Acesso em: 6 mar. 2019.

OGATA, A. J.; MALIK, A. M. “Foco na Saúde, não na Doença”. In: **GV Executivo**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, volume 16, n. 4, pp.37-40, julho/agosto 2017.

OGATA, A. J. N.; DARIO, B.; ELOI, D.; ANTONY, G.; ANDRADE, L (orgs.). **Orientações Práticas em Saúde Suplementar**. Tudo o que o Contratante Precisa Saber. 2019

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2019 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1742:saude-suplementar&Itemid=729. Acesso em: 01 maio 2019.

PELLEGRINI, A. F. Intervenções individuais vs. Intervenções populacionais. In: **Biblioteca Virtual em Saúde: portal Determinantes Sociais em Saúde**, agosto/2011. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>. Acesso em 27 jul. 2019.

PENN, D. et al. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/Dawson%20report.html>. Acesso em: 4 mar. 2019.

PORTER, M.; KELLOGG, M. “Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience”. In: **RISAI**, volume 1, número 1. USA, 2008. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/33544056_Kaiser_Permanente_An_Integrated_Health_Care_Experience. Acesso em: 28 dez. 2017.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. “How to Pay for Health Care”. In: **Harvard Business Review**. July/August 2016. Disponível em: <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-healthcare>. Acesso em: 08 jul. 2018.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**. Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. Porto Alegre, Bookman, 2007.

REIS, A. Fatores Associados ao Nível de Gasto com Saúde: a Importância do Modelo de Pagamento Hospitalar. In: **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. nº 64, 2017.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. “Oferta de cuidado primário para doenças crônicas: uma análise da eficiência técnicas das equipes de saúde brasileiras”. In: **Revista da Rede da APS**, março 2019.

SCHIESARI, L. C. “Avaliação Externa de Organizações Hospitalares no Brasil: Podemos Fazer Diferente?” In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.10, pp.4229-4234, 2014.

SILVA, S. F. da (org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas, IDISA – CONASEMS, 2008.

SILVA, G. E. S.; MALIK, A.M. “Valor em Saúde”. In: **GV Executivo**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, Volume 18, número 1, 2019.

SIKKA, R.; MORATH, J.M.; LEAPE, L. “The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning I work”. In: **British Medical Journal – Quality & Safety**. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Relatório de Sustentabilidade 2017**. Disponível em: https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/relatorio_sustentabilidade201.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. **Relatório de Sustentabilidade 2018**. Disponível em: https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/RA_Einstein-2018_web.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. A. “Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira”. In: **Revista da Rede da APS**, março 2019.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5ª edição. Porto Alegre, Bookman, 2015.

ANEXO



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA

São Paulo, 13 de Maio de 2019.

REEMISSÃO DE PARECER DE ISENÇÃO Referente à solicitação de troca de título do Projeto **CONTROLE DE CUSTO COM SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE EMPRESA: AÇÕES DE SAÚDE POPULACIONAL COM FOCO NO TRIPLE AIM** para "O Modelo Einstein de Saúde Populacional – O Programa Cuidar"

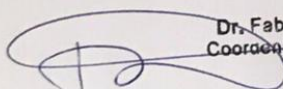
Pesquisadora: Nádia Mariz Garcia

Estudo: **O Modelo Einstein de Saúde Populacional – O Programa Cuidar**


Prezada Dra Nádia,

Após avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein do projeto acima referenciado, informamos que baseado nas políticas institucionais, os estudos caracterizados com sendo de gestão e melhorias de processo, ou seja, estudos em que o foco está voltado a melhorar um processo já existente no setor ou entender as praticas de gestão do ambiente são isentos de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Vale ressaltar que nestes estudos o objeto de avaliação não é o ser humano em si, mas sim informações administrativas do local a ser analisado. Desta forma, não cabe ao CEP Einstein dar uma parecer ético sobre o Estudo em referência, uma vez que, os projetos de gestão não necessitam desta avaliação para serem publicados.

Colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos;


Dr. Fabio Pires S. Santos
Coordenador CEP EINSTEN

Fabio Pires de Souza Santos, MD
Coordenador CEP Einstein


Ana Claudia Machado Urvanegia
Assessora Comitê de Ética em Pesquisa

Ana Cláudia Machado Urvanegia
Assessora