



# **O Hospital do Futuro: Lições Transformadoras Aprendidas durante a Pandemia da COVID-19**

**Agosto 2020**



 **Value  
connections**  
Generating value to the healthcare sector

A Johnson & Johnson Medical Devices América Latina (JJMD) está fornecendo este Whitepaper como um serviço público para profissionais de saúde interessados. JJMD não é o autor de todo o conteúdo deste artigo. As opiniões expressas neste Whitepaper são exclusivamente as dos contribuidores mencionados. A referência a qualquer produto ou entidade específica não constitui um endosso ou recomendação desse produto ou entidade pela JJMD. As opiniões expressadas pelos autores são próprias, e a decisão da JJMD de incluir suas opiniões no Whitepaper não implica o endosso dessas opiniões, de seus autores ou de qualquer entidade que eles representem.



## Uma Coleção de Percepções e Lições Aprendidas Durante a Pandemia da COVID-19 por Líderes de Saúde



**Dr. Henry Gallardo**  
Diretor Geral Fundación Santa Fé de Bogotá  
Colômbia



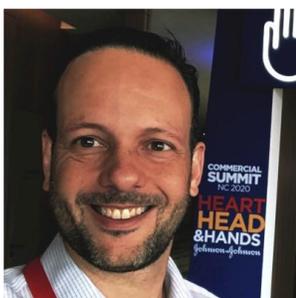
**Licenciado Jose Luis Puiggari**  
Diretor Geral Hospital Universitario Austral  
Argentina



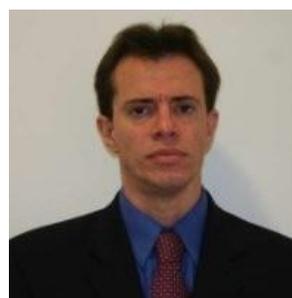
**Dr. Miguel Cendoroglo**  
COO Hospital Israelita Albert Einstein  
Brasil



**Dr. Octavio Gonzalez Chon**  
Diretor Médico Médica Sur  
México



**Fabricio Campolina**  
Diretor Senior de Healthcare Transformation  
J&J Medical Devices Latam



**Daniel Dellaferrera**  
Diretor Senior de Research  
Advisory Board Company



## Índice

<b>Sumário</b> .....	<b>5</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>6</b>
<b>Realocação do Cuidado</b> .....	<b>7</b>
Como você imagina o papel do hospital e a realocação do cuidado devido à pandemia da COVID-19? .....	8
Você pode fornecer exemplos de programas de cuidados alternativos que surgiram e se fortaleceram durante a pandemia e que apoiam a realocação do cuidado? .....	11
<b>Parcerias para Coordenação Superior</b> .....	<b>19</b>
Como você prevê o desenvolvimento de parcerias para facilitar o papel de sua instituição e criar um cuidado contínuo mais coordenado para os pacientes? .....	19
<b>Modelos de Financiamento</b> .....	<b>25</b>
Que exemplos você pode dar sobre o desenvolvimento de novos modelos de financiamento? .....	25
<b>Considerações Finais</b> .....	<b>30</b>

## Sumário

A pandemia da COVID-19 tornou evidente que nem um único sistema de saúde no mundo estava totalmente preparado para uma crise dessa magnitude. Nem mesmo aqueles países com estratégias de mitigação e/ou supressão comparativamente bem-sucedidas, vistos como exemplos a serem replicados no resto do mundo, detectaram fraquezas em suas configurações.

A pandemia deve funcionar como um mandato para executivos de saúde e formuladores de políticas para catalisar e acelerar mudanças que não apenas abordem os pontos fracos que resultaram em reações retardadas, falhas preventivas, contágios desnecessários, colapsos operacionais, esgotamento de funcionários e, por último, mas não menos importante, mortes evitáveis.

A versão final do *hospital do futuro* e seu papel no sistema de saúde permanecem desconhecidos e é provável que várias variações coexistam entre e dentro dos países. Este documento se concentra na coleta de percepções e lições aprendidas durante a pandemia da COVID-19 por líderes de saúde da América Latina, em torno de três pilares: Realocação do Cuidado, Parcerias para Coordenação Superior e Modelos de Financiamento.



### Realocação do Cuidado

- **Os pontos de atendimento serão mais próximos ao paciente.** O atendimento domiciliar se tornará mais comum e as instalações ambulatoriais surgirão como parte de uma rede altamente interconectada com foco nos problemas do paciente, ao invés de especialidades clínicas.
- A realocação fornecerá a oportunidade perfeita para redesenhar o caminho do cuidado com uma **abordagem centrada no paciente**, melhorando não apenas sua experiência, mas também os resultados clínicos.
- Médicos trabalharão em parceria com os pacientes para **coproduzir cuidado** e farão com que se envolvam mais com a sua própria saúde, o que pode levar a uma saúde melhor.



### Parcerias para Coordenação Superior

- Alavancar as parcerias com outras instituições de saúde em toda a América Latina para **compartilhar experiências** e ter um **parceiro tecnológico** facilitando a adoção da tecnologia. Essas são algumas das iniciativas para fornecer um cuidado contínuo mais coordenado para o paciente.
- Fazer parte do **ecossistema de inovação** da região é fundamental para ser um participante ativo na criação de modelos de saúde sustentáveis.
- As parcerias permitem o desenvolvimento de ações para melhorar a **eficiência dos processos e a coordenação** entre as diversas áreas responsáveis pela melhoria da experiência do paciente.



### Modelos de Financiamento

- A adoção do **VBHC** será acelerada, pois será a **resposta mais viável** à deterioração das margens de lucro relacionadas à pandemia em todo o sistema de saúde. Planos de saúde, Provedores, Profissionais de saúde e Indústria irão colaborar para **reduzir o desperdício econômico** que é de cerca de 25%, de acordo com os Estados do Instituto Americano de Medicina (IOM). A redução desse desperdício econômico será possível por meio da mudança de recompensa de volume para valor, enquanto a economia compartilhada aumentará as margens em todo o sistema.
- As **Parcerias Público-Privadas** se tornarão mais relevantes. Os pacientes atendidos pelos sistemas públicos de saúde terão acesso à infraestrutura operada pela iniciativa privada para alavancar a capacidade de atendimento que falta ao segmento público.

## Introdução

Seria quase um eufemismo dizer que o setor de saúde passou por seu semestre mais difícil na história recente. O advento da pandemia da COVID-19 tornou evidente que nem um único sistema de saúde no mundo estava totalmente preparado para uma crise dessa magnitude. Mesmo aqueles países com estratégias de mitigação e/ou supressão comparativamente bem-sucedidas, vistos como exemplos a serem replicados no resto do mundo, detectaram fraquezas em suas configurações. Países e regiões menos bem-sucedidos (e esta descrição, infelizmente, inclui a maior parte da América Latina) experimentaram pontos de ruptura com consequências que inegavelmente durarão mais que a pandemia.

Ao invés de trazer à tona problemas novos e intrinsecamente diferentes, a COVID-19 serviu como um catalisador para fatores que sempre estiveram lá, embora um tanto latentes. A pandemia também acelerou colapsos que eram inevitáveis a longo prazo, adicionando urgência à sua gravidade perene.

Sendo assim, logicamente, a pandemia também deve servir como um mandato para executivos de saúde e formuladores de políticas para catalisar e acelerar mudanças que não apenas abordem os pontos fracos que resultaram em reações retardadas, falhas preventivas, contágios desnecessários, colapsos operacionais, esgotamento de funcionários e, por último mas não menos importante, mortes evitáveis.

Retornar à infraestrutura de saúde pré-COVID quando a pandemia diminuir não é possível nem aconselhável. Falhar em reconfigurar o sistema de saúde e o papel do hospital de forma que nos prepare para a próxima crise equivaleria a desperdiçar a crise e trair os trabalhadores da linha de frente que sacrificaram sua própria segurança para combater a pandemia. Para honrar seus esforços, bem como a memória dos que não sobreviveram à COVID-19, este documento constitui uma tentativa de pensar na transformação e no papel que os hospitais devem adotar no Sistema de Saúde para o futuro.

A versão final do hospital do futuro e seu papel no sistema de saúde permanecem desconhecidos e é provável que várias variações coexistam entre e dentro dos países. Este documento se concentra na coleta de percepções e lições aprendidas durante a pandemia da COVID-19 por líderes de saúde em torno de três pilares: Realocação do Cuidado, Parcerias para Coordenação Superior e Modelos de Financiamento.

## Realocação do Cuidado

A pandemia da COVID-19 está acelerando a transformação dos hospitais. Os avanços tecnológicos, as preferências dos pacientes e os novos entrantes do setor de saúde estão atuando como facilitadores-chave para essas mudanças. A seguir, resumimos algumas ideias destacadas por diferentes artigos<sup>1</sup> sobre como os hospitais podem se transformar.

- O hospital transformará os modelos de negócios com estruturas mais restritas, com foco em casos complexos de alta acuidade e com mais oferecimentos virtuais.
- A maior parte da prestação do cuidado se mudará do ambiente hospitalar, impulsionada por avanços tecnológicos em cuidados clínicos, pagamentos baseados em valor e descobertas científicas.
- O hospital do futuro será uma rede mais escalável e modular. Será flexível o suficiente para fornecer cuidados altamente complexos a um grande número de novos pacientes em locais de constante mudança, enquanto continua a fornecer cuidados regulares e eletivos para o resto da população.
- Espaços inteligentes e hospitalidade habilitada digitalmente serão essenciais, permitindo que os hospitais integrem o virtual com os oferecimentos físicos.
- O uso de tecnologia e parcerias com Healthtechs será fundamental para digitalizar processos repetitivos e manuais e garantir que os profissionais de saúde pratiquem com todo seu potencial e maximizem suas contribuições.



Figura 1 – O Hospital do Futuro será a uma rede escalável e modular  
Advisory Board Company Research

<sup>1</sup> A. Deloitte Insights: “Is the Hospital of the future here today?” Transforming the hospital business model. A report by the Deloitte Center for health solutions. B. Phillips News Center – “What will the Hospital of the future look like in a post COVID-19 world?” July 7, 2020 C. Disrupting the status quo to build a value based healthcare system – October 2019 Advisory Board Company and Johnson & Johnson whitepaper.

## Como você imagina o papel do hospital e a realocação do cuidado devido à pandemia da COVID-19?

### Hospital Médica Sur:

A pandemia da COVID-19 resultou em uma mudança na prática da medicina em diferentes pontos de vista. As estruturas hospitalares eram insuficientes, principalmente aquelas relacionadas aos cuidados críticos e à necessidade de equipamentos que suportassem a ventilação mecânica invasiva. As adaptações físicas das novas áreas foram feitas para atender um elevado número de pacientes e, devido às características da doença, os pacientes precisam de isolamento e os profissionais de saúde necessitam de equipamentos de proteção individual. Esse método é conhecido como **reconversão hospitalar**, onde além das mudanças descritas acima, o fator mais importante era o recurso humano. Profissionais de saúde e equipes assistenciais foram reorganizadas em diferentes áreas de acordo com seus perfis. Estes foram treinados em técnicas de isolamento, uso adequado de equipamentos de proteção individual e novos processos relacionados à posição propensa, rotas seguras e suporte psicológico.

A ausência de pacientes foi evidenciada nas áreas de diagnóstico (Rx, MRI, Cath Lab) porque os diferentes formadores de opinião representados pelas escolas e associações médicas recomendavam o adiamento dos procedimentos eletivos e a prática apenas de cirurgias de emergência e outros procedimentos em que o “não tratamento” colocaria a vida do paciente em risco. Porém, o fator mais importante detectado em diferentes países foi o medo dos pacientes em frequentar instituições de saúde, por serem consideradas como reservatórios de vírus e bactérias que poderiam ser causadores de contágio. O número de pacientes que chegaram ao serviço de emergência em parada cardiorrespiratória aumentou, menos pacientes foram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio e também tivemos atraso na terapia de reperfusão (fora da janela terapêutica), como foi o caso do acidente vascular cerebral. A experiência na Médica Sur foi semelhante à relatada em outras regiões, pois foi recebido um grande número de pacientes para tratamento com COVID-19 que necessitaram de terapia respiratória intensiva ou foram hospitalizados por doença leve/moderada. Essa crise serviu de catalisador para o programa de Telemedicina, como forma segura de acesso aos serviços hospitalares.

**“Essa crise serviu de catalisador para o programa de Telemedicina, como forma segura de acesso aos serviços hospitalares”**

### Hospital Universitário Austral:

As mudanças não acontecerão do dia para a noite. Prevemos um período em que todas as partes interessadas, incluindo o paciente, precisarão se acomodar ao “novo normal” de fornecer e receber cuidados de saúde. Durante este período de transição, será fundamental desenvolver uma visão clara.

No Planejamento Estratégico do Hospital Universitário Austral, foi definido como prioridade fornecer **Cuidado Centrado em Pessoas totalmente orientado** (Paciente, Família e Equipe), na tentativa de melhorar sua experiência e alcançar melhores resultados para os pacientes (Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente, PROMs). O novo normal deverá ter essa visão para alinhar todos do Sistema.

Também é necessário fornecer um atendimento mais eficiente, seguro e oportuno. A **Transformação Digital** é um fator chave para alavancar esse movimento. De certa forma, todo o setor de saúde precisa de uma **refundação baseada na criação de mais valor para a saúde da população**.

Na Argentina, nem todas as partes interessadas compartilham dessa visão. Vemos dois grandes desafios: 1) o **quadro regulamentar**, onde novas leis devem ser desenvolvidas e 2) o tão necessário **alinhamento com Seguradoras/Pagadores**.

O design centrado no Hospital deve mudar para uma **abordagem centrada no paciente com um modelo de coprodução de saúde**, como fizeram outras indústrias. Agora é o momento certo para avançar, aproveitando o impulso que a pandemia gerou e que a tecnologia pode apoiar.

A coprodução de saúde será mais fácil se o paciente estiver mais envolvido no seu cuidado. O cuidado deve ocorrer onde os pacientes estão. Hoje, os dispositivos móveis são responsáveis por mais de 50% das interações digitais na área de saúde.

A descentralização deve ajudar a ficar o mais próximo possível do paciente. **Tecnologia e Telesaúde** serão o grande guarda-chuva para produzir Visitas Virtuais, Cuidados Constantes, Cuidados Domiciliares e apoiar Casas de Repouso, Terapias de Reabilitação, Cuidados Primários, Cuidados Paliativos, etc. **Cuidados Hospitalares serão para procedimentos invasivos e pacientes muito doentes (complexos) como grandes UTIs, leitos complementares e salas de cirurgia**.

A refundação do Sistema de Saúde deve incluir um redesenho das Instalações Ambulatoriais como uma “rede altamente interconectada” com integração de disciplinas e foco em “Problemas de Pacientes” (Clínicas de Especialidades em Consultórios).

O “novo normal” dá a oportunidade de colocar pacientes e famílias no centro da cena: esse é o objetivo final, criar um serviço de saúde baseado em valores e melhorar a eficiência e o acesso.

A pandemia desafiou o funcionamento de todas as indústrias, incluindo a de saúde. Com base na experiência do Hospital Universitário Austral, pensamos na necessidade de desenvolver modelos que se adaptem melhor a esta nova normalidade.

- Repensando novos modelos de trabalho para profissionais de saúde: home office e outros esquemas de contratação flexíveis.
- Desenvolvendo novos modelos de gestão clínica em UTI aproveitando os serviços de telemedicina e permitindo um melhor aproveitamento dos Intensivos.
- Desenvolvimento de educação virtual para facilitar o desenvolvimento do profissional de saúde nas circunstâncias atuais.
- Implementando um Modelo de Recursos Compartilhados com Instituições Parceiras: Tecnologia, Desenvolvimento, Processamento de Dados, Compras Conjuntas, criação de um Centro de Serviços Compartilhados (CSC) com presença local e regional que permite maior escala de negócios.

**“O novo normal dá a oportunidade de colocar pacientes e famílias no centro da cena: esse é o objetivo final, criar um serviço de saúde baseado em valores e melhorar a eficiência e o acesso.”**

## Hospital Israelita Albert Einstein:

**Assistência remota à Força de Trabalho de Saúde** - Uma estratégia de vigilância e acesso: Desde 26 de Fevereiro, quando o primeiro caso de COVID-19 foi diagnosticado no pronto-socorro do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo, mais de 7.037 pacientes internados foram atendidos pelo Sistema de Saúde do Einstein em ambiente privado e público, responsável por 23% de todos os casos de internação da COVID-19 no município de São Paulo.

Desde Janeiro de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde declarou o surto da COVID-19, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) criou uma força-tarefa especial para lidar com a pandemia. Seguindo a situação da COVID-19 na Coreia do Sul, Irã e Itália, em 26 de Fevereiro de 2020, o primeiro caso COVID-19 do Brasil foi confirmado no HIAE e imediatamente acionou a implantação de todos os planos de emergência. Devido ao conhecido impacto na força de trabalho de saúde nos países afetados, um programa especial de vigilância da força de trabalho de saúde e expansão da atenção foi realizado. Todos os funcionários e equipe médica foram monitorados de perto, seguindo as diretrizes específicas de EPI e COVID-19 e uma estratégia de vigilância foi implantada para monitorar casos suspeitos entre os funcionários de acordo com as seguintes etapas:

- Etapa 1:
  - Recentemente viajou para o exterior para qualquer país, incluindo países restritos ao CDC (China, Coreia do Sul, Irã e Itália).
  - Teve contato inseguro direto com paciente suspeito ou confirmado com COVID-19, com EPI inadequado.
- Etapa 2:
  - Todos os funcionários com caso de COVID-19 confirmado, acompanhamento de sintomas e acompanhamento hospitalar.

O gerenciamento de casos com verificação diário de sintomas, monitoramento obrigatório e acesso expandido à saúde por meio de telemedicina, chamadas telefônicas e outras alternativas remotas, incluindo testes ambulatoriais de COVID-19 RT-PCR e visitas domiciliares, provou ser um sucesso. Os pacientes que necessitaram de unidade de terapia intensiva foram levados até o hospital.

Até Abril de 2020, 1.089 funcionários foram diagnosticados com COVID-19, sendo que 89 necessitaram de internação e nenhum faleceu. Estratégias previamente planejadas foram prontamente adotadas e puderam ser adaptadas às mudanças na dinâmica da epidemia, permitindo baixas taxas de resultados adversos, mesmo para populações de alto risco.

## Advisory Board Company:

A dependência excessiva de locais físicos de atendimento e do hospital, para cuidados agudos em particular, têm impedido a prestação de cuidados adequados. Do ponto de vista financeiro, o atendimento hospitalar apresenta dois tipos de problemas. Com relação às despesas operacionais, internações e apresentações hospitalares evitáveis aumentam os custos em geral, mas resultam em qualidade adicional de atendimento e segurança do paciente apenas para alguns. Como tal, o padrão para um ambiente hospitalar com base na tradição, inércia e falta de poder resolutivo (real ou percebido) em ambientes comunitários se traduz em uma utilização subótima de recursos escassos. Em relação às despesas de capital, o retorno de grande parte da pegada física dos provedores de saúde é questionável na melhor das hipóteses.

Além disso, direcionar pacientes subagudos e crônicos para locais de cuidados complexos também dificulta seu acesso e diminui a conveniência de suas interações com os prestadores de saúde, desencorajando o autogerenciamento eficaz e diminuindo sua qualidade de vida geral.

### Você pode fornecer exemplos de programas de cuidados alternativos que surgiram e se fortaleceram durante a pandemia e que apoiam a realocação do cuidado?

Com a realocação do hospital, os modelos de cuidados complementares e alternativos irão se tornar mais frequentes. Alguns modelos de atendimento que surgiram e se fortaleceram durante a pandemia são telemedicina, atendimento virtual e atendimento domiciliar.

A viabilização de muitas dessas alternativas requer o uso de tecnologia para integrar dispositivos e sistemas e proporcionar um atendimento adequado. A crescente participação de Healthtechs e novos entrantes no Sistema de Saúde facilitará a implementação e adoção desses modelos de cuidado.

#### Hospital Médica Sur:

**Telemedicina:** Alguns sistemas de saúde, principalmente nos EUA, tinham programas de telemedicina bem estabelecidos. Este último pode ser definido como a distribuição de serviços de saúde sem contato físico entre profissional de saúde e paciente, por meio de mídia digital. Este não é um conceito novo, talvez o melhor antecessor dele seja a telerradiografia, onde as imagens são enviadas para interpretação à distância.

Avanços tecnológicos como a internet banda larga e o desenvolvimento de câmeras de vídeo de alta definição tornaram possível o desenvolvimento da telemedicina. Um exemplo pode ser a dermatologia, embora outras especialidades também estejam em expansão, como a neurologia (telestroke) e a terapia intensiva, estimuladas principalmente pela falta de profissionais para cobrir locais remotos ou como meio de transferência de conhecimento e melhores práticas clínicas. Uma limitação da telemedicina é o exame físico. Porém, o médico pode ensinar a paciente a praticar o autoexame, como é feito com o autoexame das glândulas mamárias para mulheres, por exemplo.

Até o momento, ainda faltam estudos que mostrem o uso da telemedicina como meio de diminuir a mortalidade. Vários desafios devem ser enfrentados para o aumento de telemedicina, talvez o mais importante seja o acesso ao atendimento e a redução de custos. Outra é o financiamento, ou reembolso, que vai depender dos prestadores (seguradoras privadas ou pagamento da previdência social) e, por fim, a regulamentação. Outras limitações são sociais (escolaridade, baixa renda, idioma, áreas não urbanas) e a relação médico-paciente.

A pandemia da COVID-19 tem se caracterizado por uma rápida disseminação entre países, com alto contágio da população. Isso resultou na geração do medo de frequentar hospitais, mesmo quando necessário, e levou os pacientes a “minimizar sintomas e sinais” que poderiam colocar a vida em risco. Além disso, foi provavelmente o gatilho para a rápida expansão das consultas de telemedicina, tanto para pacientes com coronavírus quanto para os que não eram. Em pacientes já diagnosticados com COVID-19, uma estratégia central pode ser aplicada para controlar picos de atendimento médico, como “triagem precoce” ou triagem de pacientes antes da chegada ao pronto-socorro.

A telemedicina direta ao consumidor permite que os pacientes sejam questionados com eficiência; é centrado no paciente, permite auto-quarentena e protege pacientes, médicos e a comunidade de exposição. Você pode permitir que médicos e pacientes se comuniquem 24 horas por dia, 7 dias por semana, usando smartphones ou computadores com webcam. Atualmente, nos Estados Unidos, mais de 50 instituições de saúde usam telemedicina, por exemplo: Jefferson Health, Mount Sinai, Kaiser Permanente, Cleveland Clinic e Providence, entre outros.

Para outras patologias, existem relatórios que suportam o uso da telemedicina, por exemplo, para o controle de pacientes diabéticos feito pela Cleveland Clinic. Outros exemplos foram vistos no contexto de acidente vascular cerebral pela Jefferson Health, Cleveland Clinic e pela University of Pittsburgh, que prestou atendimento neurológico de emergência virtual.

O Hospital Médica Sur reconhece a necessidade da população e entende que o “ponto de atendimento” do paciente não é mais o hospital, mas sim chegar ao local do paciente (local de trabalho ou residência). Historicamente, o paciente tem se movimentado para o local de atendimento, seja o hospital, o consultório médico ou qualquer outro espaço de saúde onde o paciente recebe atendimento. A única forma de melhorar a qualidade de vida do paciente é aproximando o ponto de atendimento dele. Para isso, várias alternativas podem ser habilitadas:

- a) Teleconsulta: Os médicos estão começando a entender que as tecnologias atuais permitem fazer algum tipo de diagnóstico remoto.
- b) Dispositivos conectados: Monitoramento constante do paciente remotamente, a partir de um simples relógio que mede os sinais vitais do paciente, faz upload de suas informações para a nuvem e, a partir daí, acompanha o paciente constantemente.
- c) Hospital em casa: Acomodação da casa do paciente para que, em certos casos, ele possa fazer parte do seu tratamento em casa, e com a tecnologia existente, possa ser monitorado remotamente.
- d) Programas de monitoramento remoto: Por meio de todas essas informações coletadas, faz-se o monitoramento correto dos pacientes para atuar preventivamente em sua saúde ou para prevenir complicações em doenças crônicas como diabetes.

São alternativas reais que permitem aproximar o ponto de atendimento do paciente, potencializando o uso da tecnologia para conectar o paciente e o médico e melhorar a vida do mesmo.

Com trabalho anterior de vários meses antes da pandemia, a Médica Sur implementou a plataforma digital para arquivo clínico do paciente. A experiência foi muito positiva e teve grande aceitação pela equipe de saúde. Com essa experiência e a situação atual, além do comportamento hospitalar, entendeu-se a necessidade de uma transformação no modelo assistencial ao criar o Hospital Virtual com três objetivos definidos:

1. **Pacientes atuais:** Oferecer a opção de agendamento de consulta eletrônica, tendo contato direto com seus médicos, além da documentação eletrônica de seu prontuário, podendo compartilhá-la com outros médicos no caso de interação com diversos especialistas.
2. **Médicos:** Oferecer aos médicos a possibilidade de ampliar seus serviços, por meio de teleconsultas e consultas de acompanhamento de doenças crônicas.
3. **Novos serviços ao paciente:** Facilitando o acesso aos cuidados e possibilitando mecanismos mais rápidos e seguros.

O projeto incluiu consultas por telemedicina, além de solicitação de exames laboratoriais e eletrônicos de imagem. A adoção da prática da telemedicina tem sido bem-sucedida, tanto por pacientes quanto por médicos, e as consultas têm aumentado.

**Cuidado Domiciliar Crônico:** Essa prática acompanha o crescimento tecnológico, o desenvolvimento da internet (maior acesso à banda larga) e a própria telemedicina. De fato, vários estados da União Americana avançaram nesses programas. Cinco fatores principais estão impulsionando a assistência médica domiciliar: o envelhecimento da população dos Estados Unidos, a epidemia de doenças crônicas (incluindo COVID-19), os avanços tecnológicos, o consumismo de assistência médica e o aumento dos custos da assistência.

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida fazem com que os idosos tenham limitações em suas atividades, incluindo locomoção e movimentação, dificultando o deslocamento do paciente até o local de atendimento. Trazer o cuidado para o domicílio melhora o acesso a cuidado, especialmente aquelas que são particularmente propensas a complicações devido à internação prolongada, delírio, doenças de pele ou quedas.

O atendimento domiciliar parece ser mais barato. Por exemplo, serviços domiciliares para reabilitação após substituição de quadril ou joelho e infusão de antibióticos ou nutrição parenteral geralmente custam menos do que os cuidados institucionais e podem ser igualmente eficazes. Uma das lições que essa pandemia de COVID-19 deixou foi que pacientes com doença leve poderiam ser tratados e monitorados em casa por meio da medição da saturação de oxigênio e possibilitando o contato com sua unidade hospitalar por meio da telemedicina.

Embora seja eficiente em países como os EUA, na América Latina alguns aspectos terão que ser definidos, tais como: o financiamento desses serviços pela própria previdência e de pagadores terceiros, a capacitação da equipe de enfermagem e sistemas de monitoramento remoto, e regulamentação de saúde que garanta que os cuidados prestados estão dentro dos padrões de qualidade e segurança exigidos.

Uma das especialidades médicas que deverá ter maior desenvolvimento em nossos países será a geriatria, que muito terá a contribuir no apoio a essa população que cresce a cada dia.

**“Historicamente, o paciente tem se movimentado para o local de atendimento, seja o hospital, o consultório médico ou qualquer outro espaço de saúde onde o paciente recebe atendimento. A única forma de melhorar a qualidade de vida do paciente é aproximando o ponto de atendimento dele.”**

#### **Advisory Board Company:**

O Advisory Board Company recolheu exemplos de telemedicina, cuidados crônicos domiciliares e modelos de equipe flexível que foram desenvolvidos mesmo antes da pandemia da COVID-19, e que servem como exemplos de realocação de hospitais.

**Telemedicina e atendimento virtual:** uma das muitas utilizações possíveis do atendimento virtual é o monitoramento remoto do paciente. A **região Nordjylland, na Dinamarca**, captura dados críticos como saturação de O<sub>2</sub>, PA e HR de pacientes com DPOC e transmite esses dados via Bluetooth e smartphone

para um aplicativo que rastreia os dados e sinaliza valores fora do intervalo, trazendo-os à atenção de provedores municipais, que estão bem posicionados para oferecer uma variedade de intervenções de cuidado.

Os dados também são enviados para o resumo nacional do registro de cuidados, para que sejam acessíveis a outros prestadores. Os primeiros resultados sugerem uma redução nas readmissões por exacerbações de DPOC.

O piloto original de telemedicina de Nordjylland foi realizado entre 2012 e 2015 e se concentrou em pacientes com DPOC, 900 dos quais continuam a participar até hoje como uma população atendida continuamente.

A tecnologia de telecomunicações permite o autogerenciamento por uma população de pacientes historicamente conhecida por consumir recursos significativos e ter uma experiência menos satisfatória com o atendimento que recebem. Os pacientes monitoram saturação de O<sub>2</sub>, pressão arterial e frequência cardíaca duas vezes por semana; e, em seguida, compartilham essas medições (capturadas por Bluetooth) via conexão 3G.

Os dados são agregados nacionalmente, mas também fornecidos aos provedores de cuidados locais relevantes (serviços comunitários, saúde domiciliar, etc.) por meio de um aplicativo de código aberto. Os acordos municipais existentes permitem a integração desses serviços de acordo com o perfil e as necessidades dos pacientes em cada área de abrangência, combinando assim os benefícios da agregação nacional e da customização local. A veracidade e relevância das informações são reforçadas no nível local com uma revisão manual dos dados transmitidos.

Os resultados do piloto focado em DPOC indicam uma redução nas readmissões para a população da amostra, o que foi particularmente benéfico para pacientes com DPOC grave. Encorajados por esses resultados, iniciativas semelhantes serão lançadas para pacientes com insuficiência cardíaca.

**Tratamento crônico domiciliar:** a **Johns Hopkins** foi a pioneira do modelo Hospital em Casa no final da década de 1990 e ele continuou e cresceu com sucesso sustentado.

Quando os pacientes se apresentam no pronto-socorro e têm uma das condições que Hopkins definiu como compatível com hospitalização domiciliar (DPOC, ICC, celulite, pneumonia, desidratação), a equipe de atendimento de emergência pode inscrevê-los no programa Hospital em Casa. Depois de avaliar o paciente para certificar-se de que ele atende aos critérios de elegibilidade para participar, o médico do pronto-socorro pergunta ao paciente (que geralmente tem mais de 65 anos e é provável que tenha multi-morbidades) se deseja ser tratado em casa. Apenas pacientes que aceitam essa alternativa voluntariamente são inscritos no programa.

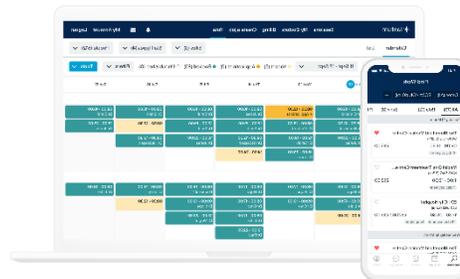
Mesmo que o paciente receba a grande maioria dos cuidados em casa (incluindo o equipamento necessário e visitas domiciliares de médicos e equipes assistenciais), o hospital continua responsável por todos os acompanhamentos, fornece suporte contínuo e não dá alta ao paciente até que ele esteja estável e seu provedor de cuidados primários possa assumir.

Este programa foi replicado com sucesso nos mercados de saúde com marcos regulatórios e estruturas de pagamento muito diferentes, provando sua resiliência e adaptabilidade. O modelo “Discharge to Assess” (D2A) revolucionou o atendimento a idosos para vários fundos de cuidados intensivos dentro do NHS britânico. Na América Latina, o “Programa de Hospitalización Domiciliar” (PHD) do **Hospital Universitario San Ignacio** exemplifica uma variação que oferece melhores métricas clínicas e realiza com sucesso a colaboração entre o provedor de cuidados e os pagadores do setor privado.

**Modelos de equipe flexível:** O **Dorset Integrated Care System (ICS)** foi formado em 2017 e consiste em um Grupo de Comissionamento Clínico (ou seja, pagador), três fundos agudos, um fundo comunitário e de saúde mental, um fundo de ambulância e três autoridades locais. O Dorset ICS atende uma população de 800.000.

A visão de Dorset para o futuro moveu várias instâncias de atendimento do hospital para mais perto da comunidade, o que por sua vez exigiu uma força de trabalho mais centrada na comunidade. No entanto, a escassez de mão de obra, o viés agudo e o emprego específico ao local dificultaram para Dorset transferir a equipe para ambientes comunitários. Em resposta, Dorset desenvolveu uma força de trabalho mais flexível de duas maneiras. Primeiro, eles começaram a mudar partes do tempo da equipe do hospital para apoiar os ambientes da comunidade, uma vez que mudar equipes inteiras não era viável. Em segundo lugar, eles desenvolveram o 'Our Dorset Passport', uma plataforma de tecnologia que permite que a equipe se mova sem problemas pelos locais do sistema. A plataforma permite que os membros do corpo clínico vejam quais turnos não são atendidos em todos os locais de atendimento dentro do ICS e se inscrevam nos turnos que podem preencher com base em suas credenciais.

Como resultado, a Dorset fez um progresso impressionante nos dois anos desde que finalizaram seu plano de transformação. As organizações trabalham de forma mais colaborativa e o ICS é considerado um líder, ajudando a moldar a política do NHS. Quinze novos modelos de cuidados baseados na comunidade foram lançados, todos em um espaço reaproveitado, o que significa que nenhuma nova construção foi necessária. A força de trabalho é implantada de forma mais flexível para apoiar o cuidado da comunidade, com mais de 500 funcionários em todas as funções usando regularmente o Our Dorset Passport em 108 locais.



*"Our Dorset Passport" para gerenciamento otimizado da força de trabalho.  
Dorset Integrated Care System – Advisory Board Company Research*

## J&J Medical Devices LATAM

O telemonitoramento terá um papel cada vez mais importante na gestão da saúde. Doenças não são apenas o que ocorre quando o paciente vai ao médico ou à instituição de saúde, muitas coisas acontecem no momento em que a equipe clínica não está por perto.

O uso do telemonitoramento traz dados acessíveis e atualizados para a tomada de decisões, sem esperar que os sintomas sejam agravados. A telemedicina em geral será fundamental para manter o contato com o paciente quando ele estiver fora da instituição de saúde, pois sabemos que os pacientes saem do consultório com dúvidas, então qualquer forma de suporte remoto, para prestar informações, tirar dúvidas ou acompanhar se os valores monitorados estão fora dos intervalos normais, é muito importante. Com mais acesso aos dados, os pacientes poderão tomar melhores decisões com melhores resultados clínicos, menos complicações e, conseqüentemente, a custos menores.

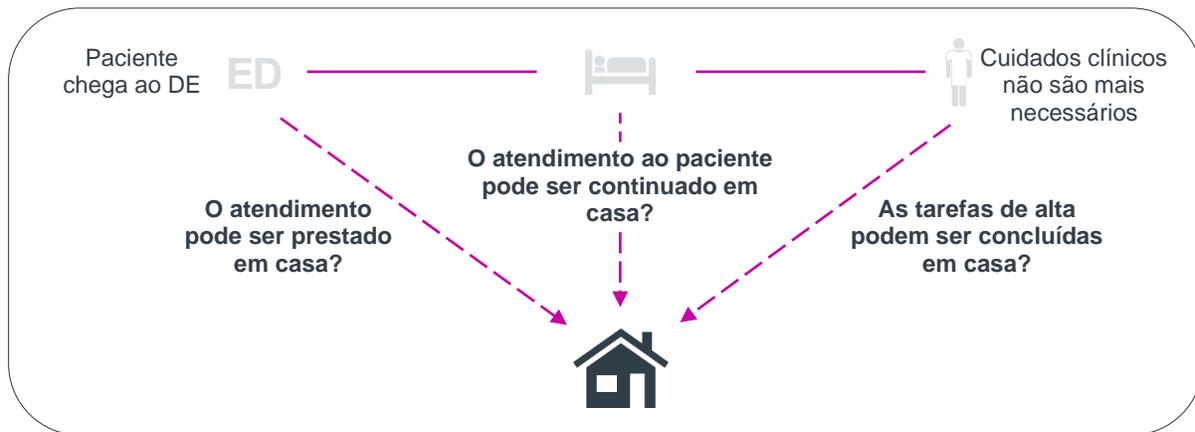


Vários programas nos Estados Unidos aceleraram essa tendência. O Centro Médico da Universidade de Pittsburgh, por exemplo, tem um programa para monitorar remotamente o peso, a pressão arterial, a frequência cardíaca e o nível de oxigênio no sangue de pacientes crônicos. Assim, diante de qualquer mudança significativa, o enfermeiro entra em contato para manter a doença sob controle e evitar hospitalizações.

O Cuidado Virtual também foi impulsionado pelo desaparecimento da fronteira entre o mundo físico e o virtual que foi acelerada pela pandemia, incluindo a mudança da mentalidade e da cultura de nossas sociedades para ter maior aceitação nas interações virtuais.

Dados da IQVIA, baseados na análise dos pedidos de reembolso médico, apontam que nos Estados Unidos, o atendimento virtual aumentou 25 vezes em relação ao volume pré-Covid e hoje representa 11% do total de consultas.

Por fim, nos próximos anos, a distância física se tornará uma variável de pouca relevância e o mundo virtual estará totalmente integrado ao nosso mundo real. Nesse cenário, o atendimento domiciliar se expandirá fortemente e os hospitais se concentrarão na realização de procedimentos de alta complexidade.



*Explorando a opção de atendimento domiciliar ao longo da jornada do paciente - Advisory Board Company Research*

Outra tendência importante será o avanço no diagnóstico clínico, que pode ampliar o potencial do atendimento domiciliar. Veremos um salto significativo na produtividade nesta área. Por um lado, o paciente poderá utilizar os aplicativos disponíveis em seus celulares para simplificar substancialmente a jornada de diagnóstico. Por exemplo, o Face2Gene® analisa uma fotografia do rosto e, por meio de Inteligência Artificial, identifica as características faciais de aproximadamente 2.500 doenças raras e, em minutos, com 91% de acerto, relata seu diagnóstico. Atualmente, o diagnóstico de doenças raras leva em média 5 anos.<sup>4</sup>

Outros avanços incluem: biópsia líquida que fornecerá o diagnóstico precoce do câncer por meio de uma simples amostra de sangue; mapeamento genético que pode acelerar a medicina personalizada; “Wearables” como o Apple Watch que têm o potencial de fazer um diagnóstico precoce de arritmias

<sup>4</sup> DeepGestalt – Identifying Rare Genetic Syndromes using Deep learning. December 2017.

cardíacas; e sistemas portáteis de diagnóstico por imagem adicionados a relatórios feitos por sistemas de IA e validados remotamente por radiologistas que têm o potencial de transformar as práticas atuais.<sup>5</sup>

No cuidado primário, o avanço na captura de dados do paciente por meio da *Internet of Medical Things* (ioMT), que depois são consolidados em tempo real, de forma contínua e automática, em seus prontuários eletrônicos, pode reduzir em até 30% os erros feitos pela entrada manual de informações, e ser utilizado como base para um cuidado mais integrado.

Esse processo, por exemplo, se integrado a uma central de comando, segundo dados da Healthtech Carenet, pode reduzir a procura por hospital em até 70%, muitas vezes feita por julgamento equivocado do cuidador ou da família do paciente.

Em resumo, o avanço do atendimento virtual aprimorado por tecnologias como 5G e realidade virtual; melhorando o diagnóstico por meio da Inteligência Artificial; e o poder da *Internet of Medical Things* irá acelerar a realocação do atendimento e o avanço do atendimento domiciliar. Essa tendência será fundamental para superar o desafio do envelhecimento da população, do aumento das doenças crônicas e, assim, garantir a sustentabilidade do setor saúde.

**“A distância física se tornará uma variável de pouca relevância e o mundo virtual estará totalmente integrado ao nosso mundo real. Nesse cenário, o atendimento domiciliar se expandirá fortemente e os hospitais se concentrarão na realização de procedimentos de alta complexidade.”**

---

<sup>5</sup> Large-Scale Assessment of a Smartwatch to Identify Atrial Fibrillation. The New England Journal of Medicine. 2019 Massachusetts Medical Society.

## Parcerias para Coordenação Superior

Vivemos em uma sociedade em rápida transformação, onde a inovação constante é um pré-requisito para atender às necessidades da comunidade e para que os provedores possam se manter competitivos e relevantes no sistema de saúde. O investimento necessário para realizar essa tarefa, no entanto, torna impossível para um único provedor ou organização fazer tudo o que é necessário para transformar o cuidado contínuo sem forjar parcerias poderosas.<sup>6</sup>

Espera-se que novos entrantes e consumidores impulsionem a mudança e a inovação na área da saúde nos próximos anos. Parcerias entre os atuais provedores de saúde, novos entrantes e consumidores devem ser estabelecidas para alcançar um melhor acesso e qualidade aos cuidados de saúde.

**Como você prevê o desenvolvimento de parcerias para facilitar o papel de sua instituição e criar um cuidado contínuo mais coordenado para os pacientes?**

### Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Israelita Albert Einstein desenvolveu duas parcerias que permitiram aumentar a capacidade de tratamento de pacientes com COVID-19 e detectar pacientes sintomáticos por meio de Inteligência Artificial.

**Unidades portáteis de pressão negativa:** Com o objetivo de aumentar as salas de pressão negativa de forma ágil e flexível para o atendimento adequado aos pacientes de COVID-19, o Hospital Israelita Albert Einstein trabalhou em parceria com a Enebras, um desenvolvedor local.

Os sistemas de ventilação do hospital são projetados para lidar com um número específico de unidades de sala com pressão negativa como enfermarias de isolamento em caso de doenças transmitidas pelo ar. Com os casos de COVID-19 surgindo em todo o mundo, o Hospital Israelita Albert Einstein desenvolveu uma solução criativa para aumentar o isolamento de “salas sob pressão negativa” de maneira rápida, flexível e viável.

Em fevereiro de 2020, o Hospital Israelita Albert Einstein, em parceria com a Enebras, instalou dispositivos portáteis de pressão negativa, HEPA Filtrada, permitindo a criação de enfermarias seguras, atingindo uma pressão negativa de -0,4 a -0,5 kgf/cm<sup>2</sup>, e permitindo 250 leitos com pressão negativa do ambiente. Esses filtros portáteis permitiram um tratamento adequado ao paciente, um local de trabalho seguro para todos os cuidadores e uma dissipação segura para o meio ambiente através do descarte de ar filtrado HEPA.

---

<sup>6</sup> Disrupting the Status Quo to Build a Value Based Healthcare System – October 2019 Advisory Board Company and Johnson & Johnson Whitepaper.



Dispositivo portátil de pressão negativa HEPA filtrada (Enebras)

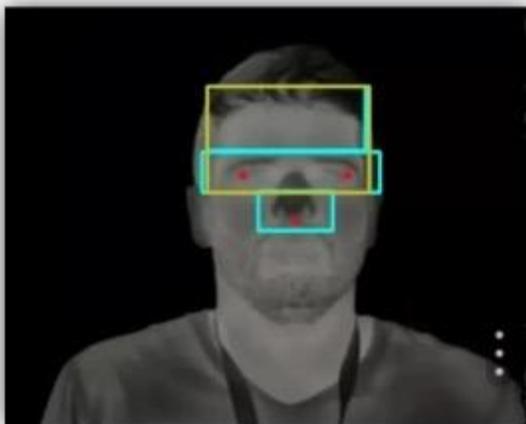


Alas de isolamento equipadas com dispositivos portáteis de pressão negativa com filtro HEPA - Hospital Israelita Albert Einstein

**Câmera térmica reforçada de Inteligência Artificial:** Durante a pandemia, estabelecer fluxos seguros e identificar pacientes sintomáticos foi crucial para construir confiança com os pacientes e orientar aqueles que precisavam de tratamento, e também para evitar a exposição da força de trabalho da saúde a pacientes sintomáticos.

O Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com Hoobox e Radsquare, startups incubadas do hub de inovação do HIAE (Eretz. Bio), desenvolveu um algoritmo de *Machine Learning* com câmera térmica capaz de realizar um reconhecimento facial usando a imagem do olho do sujeito para medir automaticamente a temperatura de uma pessoa. A câmera térmica atingiu um desempenho superior aos termômetros normais sem toque. O algoritmo de Inteligência Artificial identificou pontos no ducto lacrimal na imagem térmica para correlacioná-lo com a temperatura das pessoas.

Uma vez que um paciente foi reconhecido com temperatura acima de um limite indicado, o sistema FEVVER instruiu a pessoa a se dirigir ao balcão de atendimento e seguir os protocolos de COVID-19. Enquanto isso, a imagem do paciente era enviada como alerta para a central de atendimento.



O algoritmo de AI identifica pontos do ducto lacrimal na imagem térmica para correlacionar a temperatura das pessoas



Paciente medindo a temperatura na unidade Fever

### Hospital Universitário Austral:

O Hospital Universitário Austral pensou em diferentes parcerias que lhes permitirão continuar a se desenvolver como uma instituição-chave em sua região e fornecer-lhes algumas ferramentas que irão facilitar um cuidado coordenado contínuo ao paciente.

- Fortalecimento da **Aliança Regional**, denominada Aliança Latino-Americana de Hospitais - ALIS, para troca de experiências, conhecimento e colaboração.
- O desenvolvimento de um “**parceiro tecnológico**” que possa aumentar a adoção de novas tecnologias ao mesmo tempo em que melhora e implementa novos aplicativos e dispositivos em sua instituição.
- Uso do **padrão Internacional “Open EHR”** para Registro Médico Eletrônico (EMR). O Open EHR é baseado em arquétipos que permitem a troca de informações clínicas entre diferentes Sistemas de Informação Hospitalar, um dos elementos da interoperabilidade clínica.
- **Alto nível de interação com outras disciplinas** faz parte de seu "Plano Estratégico": A Escola de Ciências Biomédicas para apoiar o Desenvolvimento Acadêmico, Educação de Pós-Graduação, Pesquisa original e nossa Unidade de Pesquisa Clínica com foco nas necessidades da Farmacêutica. Também incentivaram um relacionamento intenso com a Escola de Negócios e a Escola de Engenharia Biomédica.
- Criar um “**Centro de Excelência**” (como o Amstrong Institute em Johns Hopkins ou o Anderson Center for Health System Excellence no Cincinnati Children Hospital) para apoiar a Qualidade, Segurança, Centralização do Paciente e Eficiência.
- Criação de um **Centro de Inovação em Saúde** (HIVE), que servirá como um Ecossistema de pesquisa para melhorar a eficiência e Modelos Sustentáveis de Saúde.

**“Pensamos em diferentes parcerias que nos permitirão continuar a nos desenvolver como uma instituição-chave na região e nos fornecer algumas ferramentas que irão facilitar um cuidado coordenado contínuo para o paciente.”**

### Advisory Board Company:

As organizações de saúde exibem uma forte mentalidade de “comando e controle” que impede muitos dos modelos de parceria que permitiram que outras indústrias prosperassem. A maioria das relações entre as organizações na área da saúde são puramente transacionais (por exemplo, a relação entre um fornecedor e um cliente, regulamentada por um SLA ou outro tipo de contrato que aspira a ser o mais estrito possível) ou exigem a propriedade e o controle da outra entidade (ou seja, fusões e aquisições).

Parcerias estratégicas que prosperam em outros setores evitam esses dois extremos, focando em benefícios mútuos, preservando a opção de sair de uma parceria quando ela não produz os resultados desejados.

Os consumidores de saúde já enfrentam dificuldades para navegar em um ambiente confuso de provedores que não compartilham informações, usam plataformas de TI diferentes (e às vezes incompatíveis), não conseguem harmonizar seus requisitos de documentação e geralmente fogem da responsabilidade por qualquer coisa que aconteça fora de seu próprio silo. Isso resulta em duplicação, desperdício, perda de tempo e consumidores mal atendidos e, portanto, insatisfeitos.

A necessidade de coordenação ao lado de todo o cuidado (e alguns podem argumentar que isso deve exceder os cuidados de saúde para incluir também o cuidado social) era evidente muito antes da chegada do novo Coronavírus. A pandemia, entretanto, mostrou como a ausência de coordenação é prejudicial não apenas para os pacientes, mas também para a economia global como um todo.

Listadas abaixo estão três estratégias que permitem parcerias eficazes, apoiadas por exemplos de implementação bem-sucedida por organizações de saúde. Além disso, há uma quarta categoria de "aspiração" relativa a um problema especificamente levantado pela pandemia da COVID-19. O setor de saúde pode se destacar no tratamento de doenças transmissíveis se for apoiado por uma infraestrutura robusta de saúde pública e por mecanismos de alerta precoce que devem ser criados ou reforçados fora da saúde tradicional.

**Prestadores de cuidados primários:** Operando sob um contrato capitalizado por mais de 10 anos, **Ribera Salud** é uma empresa privada responsável pelo fornecimento de cuidados de saúde em várias regiões da Espanha, Portugal e partes da Europa Oriental. Também conhecido como "O modelo Alzira", o modelo de atendimento de Ribera Salud começou em 1999, atendendo a 230.000 pessoas em Alzira, Espanha. Ele evoluiu com o tempo em tamanho e estrutura e agora fornece cuidados para mais de um milhão de cidadãos.

Um componente-chave de seu modelo (ao qual uma parte significativa de seu sucesso é creditada) é a integração e colaboração entre médicos de cuidados primários e agudos, com ênfase na estratificação de risco da população e "saúde total", possibilitada por uma rede de TI conectada que facilita a comunicação entre todas as partes interessadas.

Não é por acaso nem por coincidência que Ribera Salud não tenha "dobrado a curva de custos" durante vários anos, antes da inclusão das responsabilidades de atenção primária em seu contrato com o governo valenciano. A lição que aprenderam com essa experiência foi que deixar de mover o atendimento ao paciente dos locais agudos para os primários se traduz em custos evitáveis. Isso torna crucial envolver outros prestadores de cuidados em iniciativas para criar um cuidado abrangente, compartilhando visão, infraestrutura e conhecimento.

Infraestrutura compartilhada materializada por meio do investimento de Ribera em um Registro Eletrônico de Saúde (EHR) em todo o sistema que conecta médicos de atenção primária a prestadores de hospitais. Por meio do EHR, um clínico geral ou médico de atenção primária pode consultar médicos especialistas, enviar notas e manter um registro abrangente do tratamento e cuidados do paciente. Ribera também investiu em centros de atenção primária para colocar médicos de atenção primária e fornecer-lhes instalações de alta qualidade para tratar os pacientes.

O conhecimento compartilhado foi promulgado por meio de um protocolo de troca de médicos, em que os especialistas do hospital passam um dia, a cada quinze dias, com médicos de cuidados primários em suas instalações, compartilhando conhecimento clínico e colaborando nos arquivos dos pacientes. Além disso, todos os médicos do sistema trabalham de forma colaborativa para desenvolver protocolos de atendimento contínuo que detalham os padrões de atendimento e as responsabilidades do provedor.

Jurisdições gerenciadas usando o modelo Alzira de Ribera Salud não só desfrutam de menores custos de atendimento para suas populações de pacientes, mas também mostram melhores resultados clínicos, incluindo taxas de readmissão mais baixas (34% mais baixas do que seus pares), tempos de espera de PS (54% mais baixos do que seus pares) e melhor satisfação do paciente (26% maior do que seus pares).

**Prestadores de cuidados de longo prazo e pós-agudos:** Liderados pela Central Local Health Integration Network (LHIN) de Ontário, um consórcio de cinco hospitais na área metropolitana de Toronto juntou-se e co-financiou o **Centro de Cuidados de Reativação (RCC)**, uma instalação adaptada especificamente projetada para atender às necessidades de pacientes complexos e frágeis. Cada um dos hospitais participantes possui uma série de leitos pré-allocados dentro das instalações.



*Centro de Atendimento de Reativação (RCC) Oferece Atendimento Focado na Ativação  
Markham Stouffville Hospital - Advisory Board Company Research*

O RCC difere dos ambientes hospitalares tradicionais porque se concentra nos cuidados de ativação, incluindo o fornecimento de terapias ocupacionais, de fala, recreativas e físicas; bem como apoio social e dietético projetado para melhorar o bem-estar do paciente para uma transferência ou retorno para casa mais rápida e segura. O RCC também foi reformado para promover a recuperação, com a inclusão de equipamentos especializados para redução de úlceras por pressão adquiridas em hospitais e quedas.

As soluções tradicionais para gerenciar a população de pacientes de longo prazo tendem a ser muito caras e, como tal, inacessíveis para muitos fornecedores. Forjar parcerias estratégicas com outros hospitais e organizações comunitárias oferece uma abordagem de gerenciamento mais robusta e econômica que também produz resultados clínicos superiores.

Como exemplo deste último, um dos membros do consórcio, Markham Stouffville Hospital, transferiu 75 pacientes para o RCC durante os primeiros 5 meses de operação (uma melhoria de 40% em sua taxa de transferência, em comparação com os pacientes tratados em seu local agudo tradicional), criando capacidade para outros pacientes que realmente precisam de cuidados intensivos. Essas transferências foram acompanhadas de maior ativação do paciente, bem como melhora da satisfação do paciente e da família.

**Parceiros fora do setor de saúde:** a proximidade periódica com pacientes de alto risco, particularmente pacientes idosos frágeis, é um desafio para os provedores de saúde tradicionais. Outros tipos de organizações têm vantagem em termos de ubiquidade e frequência de contato, e como tais são parceiras ideais para o desenho de um modelo que permita o monitoramento constante da situação de vida de pacientes frágeis passíveis de deterioração e eventos adversos. Um possível modelo de implementação seria um programa de “ligar e verificar”, em que um provedor de saúde faz parceria com alguém da comunidade que visita idosos em suas casas regularmente em virtude de sua função principal. Isso é exatamente o que os **Estados de Jersey**, no Reino Unido, fizeram em sua parceria com o serviço postal.

O serviço postal de Jersey, como outros serviços de logística e entrega em todo o mundo, viu seu volume cair devido ao e-mail e outros avanços nas comunicações. Precisando considerar o que eles poderiam fazer de diferente para gerar receita para sua organização, os funcionários dos correios fizeram um brainstorming sobre várias opções que poderiam fornecer como serviços adicionais à comunidade. O que eles decidiram foi a base do programa “Ligar e Verificar”. Os funcionários dos correios que entregam o correio regularmente verificam os idosos que moram em casa. Em interações breves e convenientes, o carteiro pode avaliar o idoso quanto aos sinais de desidratação, confusão ou outros problemas emergentes. Eles também fornecem lembretes para as próximas consultas médicas e fornecem prescrições. Os carteiros que participam do programa recebem celulares com números pré-definidos

para os quais poderiam ligar caso detectassem alguma situação de risco ao visitar um paciente idoso, cujo acompanhamento é feito por equipe multiprofissional. O programa é atraente pelas melhorias sustentadas que vem proporcionando há mais de sete anos, por sua simplicidade logística e pelo fato de seu custo ser de apenas US \$ 6 a US \$ 8 por portador postal.

**Parceiros para detecção precoce e reação rápida:** a maioria das conversas sobre a transformação do cuidado na última década se concentrou em doenças crônicas não transmissíveis. A pandemia da COVID-19 serve como um lembrete do impacto clínico e econômico desproporcional das doenças contagiosas. Vários autores vincularam a pandemia a questões de segurança nacional, controle de fronteiras e outras áreas que requerem detecção mais precoce, melhor e mais abrangente de ameaças biológicas. Os prestadores de cuidados de saúde não estão preparados para assumir essas responsabilidades diretamente, devido ao seu perfil especializado e aos recursos que tais tarefas requerem. Encontrar parceiros mais adequados não apenas fortaleceria a segurança dos países que seguem esse curso de ação, mas também resultaria em externalidades positivas aplicáveis internacionalmente.

**“A necessidade de coordenação ao lado de todo o cuidado era evidente muito antes da chegada do novo Coronavírus. A pandemia, entretanto, mostrou como a ausência de coordenação é prejudicial não apenas para os pacientes, mas para a economia global como um todo.”**

### **J&J Medical Devices LATAM**

Viveremos cada vez mais em um mundo integrado e colaborativo, no qual cada *stakeholder* colocará seu ativo a serviço de um propósito comum.

O crescente mercado de *Healthcare Startups (Healthtechs)*, somado aos crescentes investimentos das *Big-Techs* em soluções de saúde, trará oportunidades para empresas tradicionais do setor, alavancarem seus processos de inovação por meio de parcerias.

Essa tendência é confirmada pelo crescimento exponencial da Corporate Venturing - um processo colaborativo entre corporações e startups e também pelas inúmeras parcerias entre as empresas tradicionais de saúde e os gigantes da tecnologia.

As empresas tradicionais que adotam essa mentalidade irão evoluir e se tornar *MedTechs*.

Os grandes desafios serão: distinguir distração de inovação, entender que a tecnologia é um facilitador e que o que realmente importa é a estratégia, buscar inovação transformacional e não ganhos incrementais, e criar uma cultura baseada na metodologia AGILE.

**“Viveremos cada vez mais em um mundo integrado e colaborativo, no qual cada *stakeholder* colocará seu ativo a serviço de um propósito comum.”**

## Modelos de Financiamento

O Sistema de Saúde, incluindo hospitais e clínicas, foi severamente afetado pela pandemia devido ao medo dos pacientes de se aproximarem dos hospitais, bem como das regulamentações do país, que em algumas geografias, limitou os serviços não urgentes. Novos modelos de financiamento podem garantir a sustentabilidade financeira do sistema e aumentar o acesso à saúde e a qualidade dos cuidados.

**Que exemplos você pode dar sobre o desenvolvimento de novos modelos de financiamento?**

### Hospital Médica Sur:

Devido à necessidade de maior capacidade de atendimento aos pacientes de COVID-19 no México, hospitais federais e alguns institutos de saúde foram convertidos em hospitais para esse tipo de atendimento. Outras doenças ou procedimentos não relacionados foram transferidos para hospitais privados por meio de convênio de colaboração entre o governo federal e a associação de hospitais privados, sendo a assistência hospitalar custeada pela instituição governamental de referência.

O modelo é um exemplo de como o estado e o setor privado podem trabalhar juntos otimizando os pontos fortes e as oportunidades de ambos. O sistema de Parcerias Público-Privadas (PPP) é provavelmente o modelo futuro a seguir. Essas PPPs são esquemas de investimento de longo prazo que visam fornecer serviços ao setor público com base no desenvolvimento de infraestrutura operada e construída pelo setor privado. No estágio pós-Covid, onde ainda não sabemos seu tamanho e como isso afetará a economia, este poderia ser um modelo que poderia ajudar a atender às necessidades de saúde.

**“O modelo é um exemplo de como o estado e o setor privado podem trabalhar juntos otimizando os pontos fortes e as oportunidades de ambos”**

### Fundación Santa Fé de Bogotá

Desde sua fundação, a Fundación Santa Fé de Bogotá tem como objetivo agregar valor superior na prestação de serviços de saúde. Isso significa que buscam os melhores resultados que superem as expectativas dos pacientes, familiares, cuidadores, alunos, pesquisadores, aliados e da comunidade em geral. A geração de valor é baseada em três pilares: Serviços de Saúde, Saúde Pública e Educação.

Portanto, a prestação de cuidados de saúde em nosso hospital concentra-se no atendimento centrado no paciente. Desenvolvemos uma rede de atendimento que garante maior integralidade do atendimento de maneira coordenada promovendo a obtenção de melhores resultados clínicos com níveis superiores de qualidade e segurança. Enxerga-se o cuidado contínuo vinculado ao conceito de *Value-Based Health Care* (VBHC).

*Value-Based Health Care* é um termo amplo que descreve os esforços para melhorar os resultados de saúde do paciente por meio de cuidados de qualidade em relação aos gastos. Obviamente, valor não é um conceito novo em saúde. As abordagens de saúde baseadas em valor podem apoiar os esforços para garantir melhores resultados de saúde da população e melhores experiências para os pacientes, ao mesmo tempo que faz melhor uso dos recursos de saúde disponíveis.

Assim, no hospital Fundación Santa Fé, os Centros de Cuidados Clínicos têm sido uma das iniciativas implementadas para desenvolver o conceito de VBHC há mais de 10 anos. Atualmente, temos 12 Centros de Cuidados Clínicos Certificados pela Joint Commission. Para colocar em funcionamento esses centros de cuidados à disposição da população colombiana, uniu-se forças com várias organizações que têm seus objetivos alinhados em contribuir para uma prestação de cuidados baseada em valor.

Como um exemplo dessas alianças, em parceria com a Johnson & Johnson Medical Devices, temos trabalhado para fortalecer e desenvolver Centros de Atenção Clínica em condições de saúde de alto impacto para nossa população, como artroplastias, hidrocefalia de pressão normal e ortogeriatría. Os esforços levaram à melhoria dos indicadores clínicos, como diminuição das taxas de mortalidade, complicações e tempo de internação. Além disso, tem permitido desenvolver ações para melhorar a eficiência de processos e aprimorar a coordenação entre as diversas áreas responsáveis pela melhoria da experiência do paciente.

Alguns dos resultados que obtivemos nos centros de atendimento clínico são: 97% dos nossos pacientes que são admitidos com fratura de quadril por fragilidade óssea são operados em 48 horas e o tempo de internação não ultrapassa cinco dias; durante 2019 não tivemos nenhuma infecção relacionada à troca articular e 100% dos nossos pacientes melhoraram o índice de mobilidade 3 meses após a operação.

O VBHC continuará a crescer em destaque em todo o mundo à medida que mais e melhores medidas de resultados são desenvolvidas e implementadas com sucesso. A Fundación Santa Fé acredita que suas iniciativas de VBHC continuarão impactando na vida das pessoas e influenciarão os novos modelos de financiamento para Modelos de Pagamento Baseados em Valor.

**“A Fundación Santa Fé acredita que suas iniciativas de VBHC continuarão impactando na vida das pessoas e influenciarão os novos modelos de financiamento para Modelos de Pagamento Baseados em Valor.”**

#### **Advisory Board Company:**

As inadequações dos modelos de Fee For Service (FFS) e outros incentivos baseados em volume para atender às necessidades das populações de pacientes atuais são óbvias há algum tempo, mas o advento da COVID-19 tornou impossível continuar adiando uma transformação em respeito a isso. Não é por acaso que a maioria dos exemplos implementados com sucesso nas seções anteriores (Realocação e Parcerias) surgiram em conjunto com modelos de financiamento baseados em valor. A prestação de cuidados de saúde e o financiamento de cuidados de saúde são os lados opostos da mesma moeda, e poucas ferramentas funcionam tão poderosamente como incentivos econômicos. Infelizmente, a maioria desses incentivos na América Latina continua vinculada ao volume de atendimento prestado e, como tal, são perversos.

Considerando que há uma grande variedade de modelos de prestação de cuidados que se originam nos sistemas de saúde com modelos de financiamento capitalizado, os exemplos que escolhemos incluir a seguir vêm, em vez disso, de países com fortes tradições de FFS. Escolhemos intencionalmente destacar esses casos como uma indicação de que uma mudança efetiva é possível mesmo dentro desses contextos.

**Modelo ACO (EUA):** Uma Organização de Atendimento Responsável (ACO) é um conjunto de provedores (operando sob uma única estrutura de governança) responsáveis pela provisão e custo total do atendimento prestado a uma população específica de pelo menos 5.000 pacientes. ACOs surgiram como resultado da aprovação do Ato de Cuidado Acessível (também conhecido como “Obamacare”).

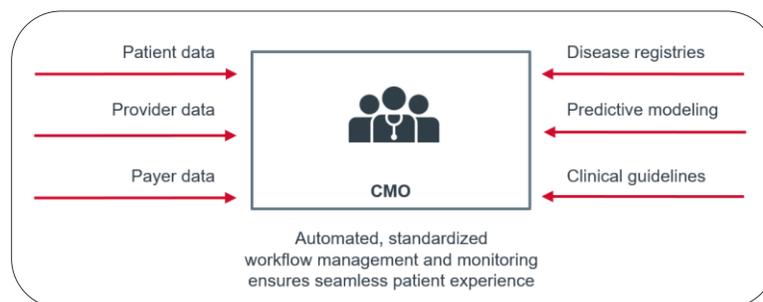
De uma perspectiva de entrega, ACOs usam uma variedade de estruturas de contratação para encorajar uma redução na utilização aguda desnecessária, em vez de redirecionar os pacientes para alternativas de gerenciamento de baixo custo mais apropriadas em todo o tratamento.

Do ponto de vista do pagamento, os ACOs são mantidos em padrões financeiros e de qualidade específicos que devem ser cumpridos durante um determinado período de tempo. Os ACOs assumem um grau de risco financeiro vinculado ao não cumprimento dessas referências clínicas e/ou financeiras, conforme codificado em seus contratos. Considerando que o Ato de Cuidado Acessível permite a existência de contratos ACO de “desvantagem zero” (a fim de incentivar as organizações provedoras mais avessas ao risco a adotar o modelo), a intenção é evoluir para uma situação em que todos os contratos ACO tenham uma desvantagem financeira para ACOs que não atendem às metas acordadas (ou seja, os princípios da opção inicial ACO “Pioneira”).

Montefiore Health System está entre os ACOs “pioneiros” de maior sucesso, de forma sustentável os custos evitáveis por meio de um melhor gerenciamento e envolvimento do paciente desde o seu início. O sucesso de Montefiore pode ser rastreado até a gestão de cuidados coordenados centralmente, cobertura ponta a ponta do contínuo social e de saúde; e envolvimento da comunidade.

Além do viés pró-FFS da saúde dos Estados Unidos, a situação inicial desafiadora de Montefiore também surge do fato de que atende uma das áreas mais pobres e densamente povoadas dos Estados Unidos, com uma taxa de pobreza de 31%; um quarto da população adulta sem seguro antes da aprovação do Ato de Cuidado Acessível.

O sucesso de Montefiore em gerenciar tal população pode ser creditado ao desenvolvimento de uma infraestrutura de back-office centralizada conhecida como “Organização de Gerenciamento de Cuidados” (CMO), que atua como o “controlador de tráfego aéreo” para a prestação de cuidados. O CMO usa sistemas de TI avançados para conectar clínicos, pacientes e representantes de assistência social, empregados e privados, para fornecer assistência virtualmente quando possível.



*Atividades de "controle de tráfego aéreo" do CMO  
Montefiore Health System - Advisory Board Company Research*

Além disso, Montefiore desenvolveu caminhos padronizados, planos de tratamento e parcerias a fim de apoiar os influenciadores clínicos e não clínicos da saúde (por exemplo, falta de moradia), fatorando efetivamente determinantes sociais de cuidados em sua estratégia de prestação de cuidados.

De acordo com as características do modelo ACO, Montefiore apresentou um declínio dramático na demanda aguda, incluindo uma redução de 25% nas taxas de internação hospitalar em um período de três anos e uma redução sustentada de 62% no tempo de internação. Na frente financeira, a Montefiore proporcionou economias significativas (compartilhadas entre o pagador e o fornecedor, conforme determinado por seu contrato Pioneer ACO), mantendo uma margem de 2,5%.

**Modelo de Corretor (Alemanha):** a fragmentação histórica da saúde na Alemanha desencorajou o uso de incentivos baseados em resultados por muito tempo. Regulamentações rígidas permitem que os pagadores concorram pelos pacientes, mas os impede de fornecer ou restringir o atendimento. Isso faz com que os provedores negociem com as seguradoras, competindo efetivamente pela receita de saúde, enquanto os pacientes mantêm a livre escolha entre os provedores, sem controle de qualquer tipo. Essa combinação resulta em utilização excessiva de cuidados.

**Gesundes Kinzigtal** é um sistema de gestão de saúde que cuida de ~ 31.000 residentes na zona rural do sul da Alemanha que estabeleceu contratos baseados em risco (ou seja, modelo de poupança compartilhada) com duas seguradoras em 2005, tornando-se contratualmente responsável pelos resultados clínicos de sua população de pacientes.

O modelo de Gesundes Kinzigtal é atraente para os agentes de saúde tradicionais (ou seja, prestadores, pagadores e pacientes) porque nenhum deles sofre qualquer desvantagem. Todas as mudanças possíveis decorrentes da intervenção de Gesundes Kinzigtal são incentivos para o resto dos participantes. Os provedores ainda recebem pagamentos FFS por suas ofertas padrão e recebem receita adicional da Gesundes Kinzigtal em troca de serviços adicionais (por exemplo, oficinas de nutrição, cuidados após o expediente). Os pacientes podem escolher livremente os fornecedores, mas desfrutam de vantagens extras (por exemplo, taxas de desconto para lojas de alimentos saudáveis e sessões de ioga) se optarem voluntariamente pelo programa de tratamento gerenciado de Gesundes Kinzigtal. As seguradoras continuam cobrando prêmios e só precisam pagar a Gesundes Kinzigtal uma parte da economia gerada por suas intervenções.

Assim como no exemplo Ribera Salud abordado acima, Gesundes Kinzigtal teve custos iniciais e de aprendizagem que excederam as economias geradas no início do período contratual. Esses aumentos de custo iniciais, no entanto, foram temporários e vinculados aos recursos necessários para a identificação do paciente e desenho do modelo de atendimento. O modelo proporcionou economia sustentada por mais de uma década após o investimento inicial. Na frente clínica, os benefícios tangíveis incluem o aumento da expectativa de vida para os pacientes que optaram pelo programa de tratamento gerenciado.

## **J&J Medical Devices LATAM**

Acreditamos que a adoção do VBHC será acelerada, pois será a resposta mais viável à deterioração das margens de lucro relacionadas à pandemia em todo o Sistema de Saúde. Pagadores, provedores, profissionais de saúde e indústria irão colaborar para reduzir o desperdício econômico, que hoje gira em torno de 25%, de acordo com os Estados do Instituto Americano de Medicina (IOM). A redução desse desperdício econômico será possível por meio da mudança do modelo de recompensa de volume para

o modelo de pagamento de valor, enquanto a economia compartilhada aumentará as margens em todo o sistema.

Os Acordos Baseados em Resultados irão avançar através de ondas nesta década. Inicialmente, haverá apenas incentivos positivos. Após cada interação, mais risco será distribuído no sistema e as penalidades serão associadas a um desempenho ruim.

Como parte dessa evolução, hospitais, profissionais de saúde, pagadores e indústria precisarão se concentrar no valor que podem criar para o sistema. Além disso, será necessário o desenvolvimento de modelos sofisticados para capturar o valor criado.

**“Acreditamos que a adoção do VBHC será acelerada, pois será a resposta mais viável à deterioração das margens de lucro relacionadas à pandemia em todo o Sistema de Saúde. Os Acordos Baseados em Resultados irão avançar através de ondas nesta década. Inicialmente, haverá apenas incentivos positivos.”**

## Considerações Finais

A versão final do hospital do futuro e seu papel no sistema de saúde permanecem desconhecidos e é provável que várias variações coexistam entre e dentro dos países. Este artigo concentra-se em três pilares essenciais que irão remodelar o sistema de saúde nos anos seguintes: Realocação do cuidado, Parcerias para coordenação superior e Modelos de financiamento.

Os pontos de atendimento serão mais próximos do paciente. O atendimento domiciliar se tornará mais comum e as instalações ambulatoriais surgirão como parte de uma rede altamente interconectada com foco nos problemas do paciente, ao invés de especialidades. A realocação proporcionará a oportunidade perfeita para redesenhar o caminho do cuidado com uma abordagem centrada no paciente, enquanto melhora não apenas sua experiência, mas também os resultados clínicos. Médicos trabalharão em parceria com os pacientes para coproduzir cuidado e farão com que se envolvam mais com a sua própria saúde, o que pode levar a uma saúde melhor.

O avanço do atendimento virtual aprimorado por tecnologias como 5G e realidade virtual; avanço do diagnóstico por meio da Inteligência Artificial; e o poder da *Internet of Medical Things* irá acelerar a realocação do atendimento e o avanço do atendimento domiciliar. Essa tendência será fundamental para superar os desafios do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas e, assim, garantir a sustentabilidade do setor saúde.

Viveremos cada vez mais em um mundo integrado e colaborativo, no qual cada *stakeholder* colocará seus ativos a serviço de um propósito comum e fará parte de um ecossistema inovador maior. O mercado em expansão de Startups de Saúde, somado aos crescentes investimentos das Big-Techs em soluções de saúde, trará oportunidades para que empresas tradicionais do setor alavanquem seus processos de inovação por meio de parcerias.

Além disso, alavancar em parcerias com outras instituições de saúde em toda a América Latina para compartilhar experiências e ter um parceiro tecnológico para facilitar a adoção de tecnologia são algumas das iniciativas para fornecer um cuidado contínuo mais coordenado ao paciente e desenvolver ações para melhorar a eficiência dos processos e a coordenação entre as diferentes áreas responsáveis pela melhoria da experiência do paciente.

Por fim, as empresas que buscam apenas melhorias incrementais ou insistem em manter seus modelos de financiamento atuais, provavelmente, se tornarão obsoletas. Empresas e profissionais com o “novo DNA” serão aqueles que abraçam transformações, potencializam seus próprios ativos por meio de parcerias e têm coragem para reinventar seus modelos de negócios e avançar em novos modelos de financiamento com foco em valor.