



PROQUALIS

CONVERSANDO COM...



LEAH BINDER, MA, MGA



GOVERNO FEDERAL

Leah Binder é presidente e CEO do *The Leapfrog Group*, uma organização sem fins lucrativos nacional que representa empregadores e outros compradores de serviços ofertados por seguros de saúde norte-americanos que promovem segurança e qualidade nos hospitais norte-americanos. Falamos com ela sobre o desenvolvimento do *Hospital Safety Score* e do *Leapfrog Hospital Survey*, bem como o trabalho do Leapfrog no manejo das questões principais de políticas de saúde, incluindo partos eletivos prematuros e infecções hospitalares.



Dr. Robert Wachter, Editor, AHRQ

WebM&M: Qual foi o propósito do Leapfrog quando de sua constituição?

Leah Binder: O Leapfrog foi criado para que os compradores de serviços ofertados por seguros de saúde pudessem se reunir para melhor alavancar seu investimento na saúde para obter uma melhor qualidade de cuidados para seus funcionários. Também vieram para o Leapfrog pensando que, em suas indústrias, como a indústria automobilística, os produtos estão sujeitos a um enorme escrutínio na esfera pública. Os veículos são analisados e comparados publicamente em vários formatos, e os preços são completamente transparentes. Então, eles se perguntaram por que isso não poderia se aplicar a hospitais. Por que seus funcionários não podem analisar a qualidade e a relação custo-benefício dos hospitais ao escolherem onde buscar cuidados? O atendimento hospitalar é muito importante para as pessoas, então eles sentiram que seus funcionários merecem o tipo de transparência e competitividade por qualidade que suas indústrias vivenciam para seus próprios produtos.

RW: Nos primeiros anos do Leapfrog, a coisa mais visível da organização foi endossar certos tipos de práticas de segurança: intensivistas, centros com alto volume de cirurgias e prescrição eletrônica. Em primeiro lugar, como aconteceu isso e, segundo, como você acha que foi?



LB: Bem, o Leapfrog foi criado em 2000 a partir do relatório da IOM *To Err Is Human* (“Errar é humano”), que sugeriu que mais de 98 mil pessoas estavam morrendo todos os anos em decorrência de erros e acidentes nos hospitais. Nossos membros ficaram assustados com esse número e realmente queriam fazer algo.

Em 2000, houve poucas medidas para avaliar o desempenho dos hospitais. Então, a história é que Robert Galvin, da General Electric, disse: “Quero achar algumas medidas de

desempenho que minha mãe possa entender”. Uma delas começou assim: “Minha mãe entende que você precisa de métodos computadorizados para gerenciar as prescrições em um hospital”. Acontece que os especialistas e os estudos confirmam a sabedoria da mãe: os erros de medicação caem até 75% nos hospitais com a prescrição eletrônica (Computerized Physician Order Entry - CPOE). E, assim, chegamos a essa solução.

Para cada um dos principais avanços, analisamos a literatura e depois falamos sobre o que faz sentido para os compradores e para o público em relação a coisas que você procuraria em um hospital e se sentiria seguro com os membros da sua família. Foi, na verdade, uma questão de aliar o bom senso e qualquer literatura e experiência de que poderiam dispor. A ciência da medição avançou consideravelmente ao longo dos 14 anos de vida do Leapfrog. Nossa pesquisa tornou-se mais complexa e com mais nuances do que com os primeiros três grandes avanços. Mas ainda endossamos esses três avanços tão cruciais para um hospital de alto desempenho.

RW: Como a organização conseguiu equilibrar a ciência? A tensão inevitável na saúde é que essas coisas são muitas vezes matizadas, e a ciência é imperfeita, ensinando consequências imprevistas?

LB: Bem, esse é o campo de batalha da medição agora. Até que ponto esperamos que as medidas sejam justas e confiáveis como indicadores do desempenho de um hospital? Qual é o nível de perfeição exigido para termos relatórios públicos?

Compreensivelmente, para muitos provedores e associações hospitalares, seus padrões para a confiabilidade das medidas são os mais altos possíveis, ou seja, perfeição ou perto disso. As organizações de compradores e consumidores como a nossa também possuem um alto patamar para a integridade das medições, mas também acreditamos que a necessidade de o público saber é mais importante do que a perfeição da medição. Não vamos esperar até que nossos netos sejam idosos para relatarmos algo que sabemos sobre o bom funcionamento dos hospitais. Portanto, é um argumento tão político quanto científico, que se desdobra aqui todos os dias. O Leapfrog sempre sentiu fortemente que a ciência deveria ser o principal, mas a necessidade de mais transparência também é crucial.

RW: O Leapfrog é fruto de indústrias e negócios. Como isso afetou a forma de fazer esse trabalho?

LB: Acredito que a influência dos negócios foi a de trazer uma nova perspectiva para os serviços de saúde. Nossa equipe está muito envolvida diariamente em questões relacionadas à segurança do paciente e

problemas de qualidade e medição. Minha equipe pode mencionar muitas medidas e muitos detalhes sobre a última proposta do CMS. Mas os nossos membros não querem ouvir sobre isso. Eles só querem saber se é senso comum ou não. Não posso ir ao meu Conselho e falar com eles sobre os detalhes de uma nova medida sobre os cuidados de maternidade. Seus olhos perderiam o brilho. Mas posso falar com eles sobre por que pensamos que é importante ter essa medida de maternidade. Quais são as suas implicações? Quais são os prós e os contras e os problemas por trás disso? Por que isso não importa apenas para eles em suas compras, mas também para o público norte-americano alimentar um mercado para melhorar a atenção materna? Devemos ser capazes de falar numa língua que a comunidade empresarial entenda. Isso traz vigor à nossa abordagem e nosso próprio ativismo no mundo da atenção à saúde.

Um dos principais elementos que faltam nos debates políticos é a nossa capacidade de falar em inglês sobre a saúde. Falamos em nossa própria língua, com siglas e jargão técnico, e o público não a entende. Então, existe este “desligamento” político quando tentamos fazer mudanças na política de saúde; o público não entende por que e o que estamos fazendo. Estamos tão acostumados a conversar um com o outro que não sabemos como articular o que realmente

queremos dizer e por que é importante. O valor de termos compradores governando o Leapfrog é que força a disciplina de comunicarmos e realmente defendermos efetivamente os tipos de mudanças que todos queremos ver.

RW: Como você decide o quanto deve ser arrojado? Você está chegando a isso a partir de um ângulo diferente e o que você está empurrando para o sistema fazer inevitavelmente ensejará uma contrarreação e alguma controvérsia. Você tem que descobrir o grau de controvérsia de que está disposto a gerar para fazer avançar o sistema.

LB: Esta é uma boa pergunta. Partimos do pressuposto de que queremos fazer avançar o sistema. Em seguida, decidimos sobre a melhor forma de fazer isso. Isso requer algum arrojo. Caso contrário, provavelmente não seríamos capazes de realizar a mudança que queremos ver, porque a complacência é parte importante do problema que temos na saúde. É mais fácil ficar parado do que mudar. Queremos, ao mesmo tempo, ser críveis e estar sentados nas mesas decisórias. Se você ficar muito nas margens, não terá necessariamente essa influência.

Se não fôssemos controversos no Leapfrog, não acho que o meu Conselho pensaria que estamos fazendo as coisas certas, porque eles sabem que você não pode operar

mudanças sem ser disruptivo de alguma forma. É um ato de equilíbrio para nós, porque nos envolvemos com muitos atores e confiamos sobremaneira em especialistas no campo da saúde. Vemo-nos como parte de um movimento maior para fazer mudanças, e assim queremos ficar. Não queremos estar à margem; queremos estar no centro de tudo, ao mesmo tempo em que nos vemos como disruptivos e reconhecemos e aceitamos com prazer que isso também nos torna um para-raios.

RW: Quando o Leapfrog foi criado, vocês não estavam sozinhos no mundo das organizações tentando avançar o sistema, mas era um espaço muito menos lotado. Agora vocês estão operando em um ecossistema ocupado; hoje muitas entidades classificam hospitais, como US News, Consumer Reports, Healthgrades etc. Como isso mudou seu trabalho?

LB: Eu acho que fomos um catalisador para parte do trabalho que essas organizações fizeram. O Leapfrog realmente expandiu os limites, e muitos outros se apresentaram para fazer coisas que fomos pioneiros. Eu não estava aqui na época, mas meus predecessores foram pioneiros em algum trabalho que todos disseram que não poderia ser feito. Agora, todos estão lá fazendo isso, e isso é ótimo. O Leapfrog ainda tem no seu âmago um elemento que nos diferencia e nos torna indispensáveis para o movimento:



PROQUALIS

CONVERSANDO COM... LEAH BINDER, MA, MGA



somos capazes de coletar dados hospitalares em nível nacional que, de outra forma, não estariam disponíveis. Podemos fazer isso por causa da pressão dos nossos membros compradores nos hospitais para obter essas informações. Isso nos dá um espaço diferente no mundo da promoção da segurança do paciente, simplesmente porque podemos obter dados importantes que de outra forma não estariam disponíveis. Podemos usar essa alavanca específica de termos centenas de compradores solicitando dados aos hospitais para um maior esforço e talvez abrir um caminho para outros que também queiram usar dados para realizar mudanças.

RW: Você tem alguma simpatia pelo argumento que você ouve regularmente nos hospitais: “Várias organizações estão me solicitando dados, e me pergunto se estas não poderiam se organizar e pedir um conjunto de dados uniforme; a vida

seria mais simples e de alguma forma melhor, não é?”.

LB: Simpatizamos totalmente com isso e, na verdade, pressionamos particularmente os atores que influenciamos, um dos quais é de plano de saúde, para tentar, pelo menos, criar conjuntos comuns de medidas que eles utilizam. Tivemos um sucesso discreto e isso é muito melhor do que era há uma década. Mantemos uma lista enxuta na pesquisa Leapfrog, simplesmente em reconhecimento do ônus de notificação para os hospitais. Mas, ao mesmo tempo, há uma longa lista de coisas que os compradores gostariam de receber.

Dito isso, porém, os hospitais gastam tempo coletando e fornecendo dados, e as inconsistências entre as medidas são problemáticas, sendo que muito pouco do que eles coletam é divulgado. Então, quando os hospitais dizem que as 40 horas de trabalho que sua equipe disponibiliza para

providenciar os relatórios do Leapfrog são trabalhosas, lembramos a eles das várias pessoas da equipe designadas de forma integral durante todo o ano para notificar registros e outras entidades que nunca disponibilizam dados para suas comunidades. Quarenta horas não é muito tempo para responder ao público que você serve.

RW: Grande parte da história da organização concentrou sua atenção nos hospitais. E o mundo parece focar cada vez mais sua atenção fora dos hospitais no ambiente ambulatorial e na saúde da população. É correto afirmar que o Leapfrog tenha se concentrado principalmente nos hospitais, e será que isso será repensado para o futuro?

LB: O Leapfrog tradicionalmente tem se concentrado apenas em hospitais, e todos os anos temos uma discussão de planejamento estratégico em nível do Conselho sobre se devemos mudar o foco para fora dos hospitais. No momento, o foco permanece nos hospitais porque os hospitais ainda existem. Embora presenciemos a evolução de novos modelos para a prestação de cuidados, ainda assim, os hospitais estão no centro da maioria desses modelos. Não achamos que agora seja um bom momento para tirar nossos olhos desse prêmio. Não queremos nos distrair com esses novos modelos em evolução e perder de vista o que está acontecendo nos hospitais. Por exemplo,

ainda estamos vendo problemas persistentes com a segurança do paciente. Não vimos o tipo de progresso na segurança do paciente que esperávamos ver em dez anos e os dados são assustadores. Isso, por si só, é uma razão para nos certificarmos, pelo menos do ponto de vista do Leapfrog, de que há foco e pressão contínuos sobre os hospitais para ver melhorias nessa área. Ainda enxergamos um papel real para o Leapfrog e um papel importante de liderança na mudança no ambiente hospitalar, mesmo que outras mudanças estejam acontecendo no sistema maior.

RW: Vocês ou seus membros têm uma teoria de por que as coisas não melhoraram tanto quanto alguém teria gostado?

LB: Nosso Conselho se reuniu para um importante evento de planejamento estratégico em seu aniversário de 10 anos em 2010. Houve uma série de relatórios que tentaram avaliar se houve progresso na segurança do paciente desde a nossa formação, uma vez que também foi o aniversário de 10 anos do *To Err Is Human*. A maioria desses relatórios concluiu que não houve nenhum progresso, ou apenas mudanças extremamente incrementais. Então, fizemos exatamente essa pergunta. O Leapfrog falhou? É este modelo de mudança – transparência, relatórios sobre desempenho e impulsão de um mercado para alcançar a qualidade – uma falha? Chegamos à

conclusão de que o modelo ainda é bom, mas não alcançamos o nível de transparência desejado para que funcione. A razão pela qual não logramos isso é porque o Leapfrog Hospital Survey é voluntário. Isso significa que os hospitais de maior desempenho estarão mais propensos a responder, mas não estamos recebendo as respostas de todos os hospitais e, portanto, não estamos alcançando a competição que queremos ver. Resolvemos, nessa reunião, explorar formas de concentrar nossos esforços na transparência e melhorar e expandir a transparência da informação de saúde em nível nacional. O fruto de tudo isso, alguns anos depois, foi o Índice de Segurança Hospitalar.

RW: Conte-nos sobre o índice de segurança, se atingiu os seus objetivos. A decisão de relatar, na forma de nota que, obviamente, gerou alguma controvérsia. Como foi isso?

LB: O Conselho empenhou-se bastante para envolver os consumidores no processo decisório sobre atenção hospitalar, melhorando a transparência. Queríamos fazer algo que fosse especificamente adaptado para engajar os consumidores na tomada de decisões sobre seus próprios cuidados. Então, começamos a fazer algumas pesquisas sobre quais tipos de sistemas de classificação em qualquer indústria são mais eficazes para incentivar os consumidores a realizarem

mudanças. Achemos vários exemplos, mas um dos mais interessantes para o Conselho foi o que aconteceu em Los Angeles e em Nova York com inspeções de restaurantes. Em ambas as cidades, começando por LA, o Departamento de Saúde Pública inspeciona um restaurante e atribui-lhe uma nota na forma de letra, que o restaurante deve afixar na sua janela da frente. Após 1-2 anos de implementação deste programa, praticamente todos os restaurantes se tornaram restaurantes classe "A". Se não conseguissem alcançar a nota, estariam fora, porque os consumidores realmente estavam usando aquela nota. Dentro de um ano de implementação do mesmo programa na cidade de Nova York, uma pesquisa com nova-iorquinos perguntou se eles consultam a nota em forma de letra antes de ir a um restaurante, e 72% disseram que sim. Essa é uma proporção enorme para um programa de um ano. Obviamente, as inspeções de restaurantes têm sempre sido publicadas, mas a maioria dos nova-iorquinos não estava olhando para os relatórios de inspeção sobre restaurantes antes da nota na forma de letra, e isso fez a diferença.

Nosso Conselho estava realmente interessado nisso e se perguntou: "Por que não fazer isso com os hospitais, de modo que sua segurança seja avaliada?". Reunimos alguns conceitos e ideias de como isso poderia ser feito, e isso levou cerca de um



PROQUALIS

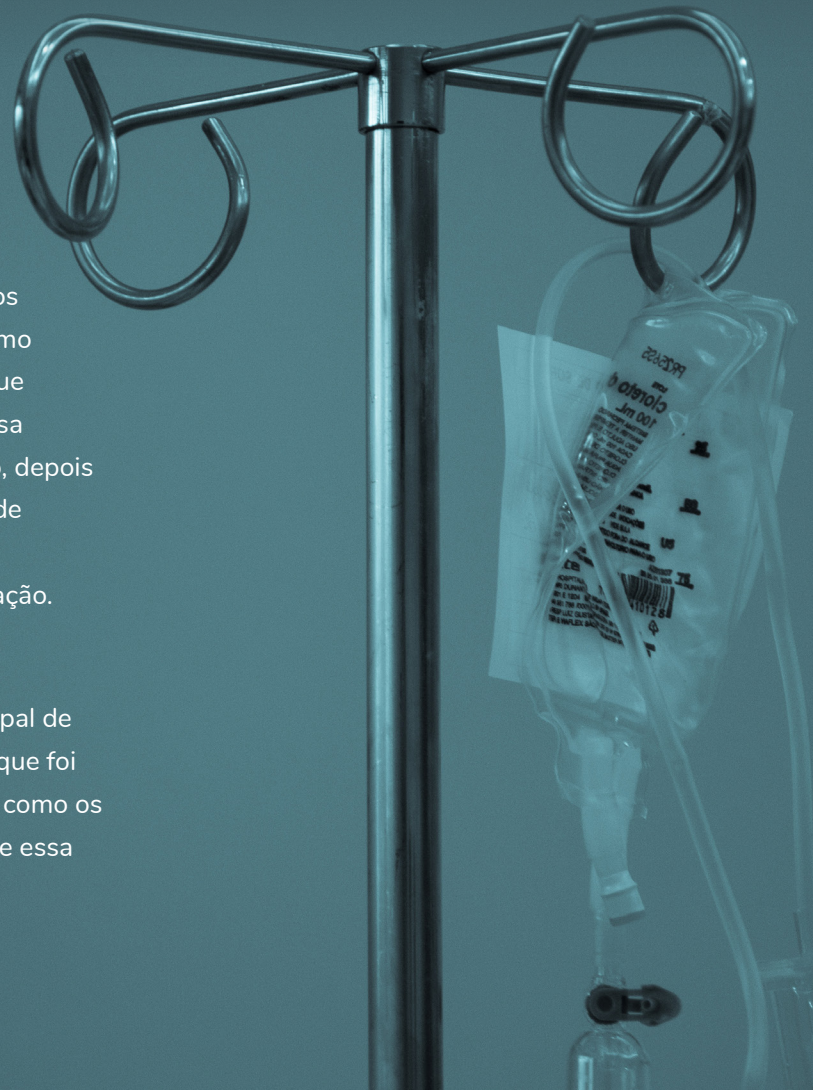
CONVERSANDO COM... LEAH BINDER, MA, MGA

ano. Nomeamos um voluntário, o Blue Ribbon Expert Panel, que inclui os especialistas mais importantes em segurança do paciente. Eles se reuniram, votaram e pesquisaram as medidas disponíveis, ponderando-as, medindo-as e depois assessoraram o Leapfrog sobre uma metodologia e um protocolo. Lançamos o Hospital Safety Score em junho de 2012. Classificamos todos os hospitais para os quais havia dados adequados sobre erros, acidentes e lesões. Analisamos apenas dados disponíveis publicamente em nível nacional e atribuímos aos hospitais a nota com base no seu desempenho em mais de 26 medidas. A maioria dos dados é do CMS através do Medicare, e também usamos dados do Leapfrog Hospital Survey para os hospitais que notificam.

Para os hospitais que não notificam, os dados do Leapfrog não são usados no cálculo da nota e são tratados como não aplicáveis. Sob orientação do Blue Ribbon Expert Panel, revisamos nossa metodologia com o passar do tempo, depois de algumas sugestões construtivas de especialistas, hospitais e diferentes constituintes interessados na pontuação.

Projetamos a pontuação para os consumidores, com a intenção principal de impulsionar a mudança com isso. O que foi uma surpresa bem-vinda para nós é como os hospitais utilizaram construtivamente essa pontuação. Embora os hospitais não

recebedores de um "A" sejam bastante expressivos na imprensa, às vezes falando sobre todas as razões pelas quais eles acham que as pontuações não podem estar corretas, construímos, nos bastidores, relacionamentos com esses hospitais. Nossos telefones não param de tocar com chamadas de hospitais que realmente querem entender seus dados e estabelecer metas. Há hospitais que nos dizem que agora têm provisões em seus contratos de remuneração executiva relacionados com a pontuação desse hospital. Então, estamos animados com isso.



RW: Parece que há um grande envolvimento por parte dos hospitais que veem suas pontuações e reagem.

Você está vendo as melhorias?

O que vocês vão monitorar ao longo do tempo para descobrir se isso está funcionando?

LB: Observamos mudanças incrementais. Um desafio: uma vez que dependemos dos dados do CMS, também dependemos do fato de os dados do CMS não serem atualizados em tempo real. Quando começamos a pontuação, a maioria dos dados cobria períodos de um ou dois anos anteriores. A pontuação mais recente que lançamos teve dados até 2012, com um pouco do início de 2013. No próximo ano, começaremos a ver períodos de tempo cobertos no escore de segurança que não foram cobertos antes da pontuação de segurança. Então, isso nos permitirá começar a ver se houve tendências de mudança na sequência da nossa pontuação.

RW: Penso que a experiência geral com o consumismo em atenção à saúde e à transparência tem sido, de certa forma, um reflexo da sua. As organizações levam as coisas adiante até um nível surpreendente, mas os consumidores não o têm feito da mesma forma que compram um carro ou uma máquina de lavar. Você acredita que isso está começando a mudar? Será que as pessoas

estão olhando para essas pontuações e fazendo uma escolha para ir a um determinado hospital devido à sua pontuação?

LB: Bem, só posso julgar isso de forma anedótica. Recebemos chamadas de consumidores que ficam surpresos com o fato de seu hospital ter obtido um “C”, por exemplo. Contam histórias como: “Eu fui ao meu médico e disse: ‘Por que você está me mandando para este hospital?’ Eles receberam um ‘C’. O que há de errado com eles?”. Os consumidores percebem a pontuação dessa forma, e os médicos respondem de várias maneiras. Mas o consumidor então nos chama e diz: “Não entendo, o que isso significa?”. Nós lhe mostramos o que significa, e geralmente eles escolhem um hospital diferente ou voltam para o médico e tentam pressionar um pouco mais. Ambas as respostas são extremamente importantes para obter a mudança que queremos ver. Mesmo que os médicos possam considerar o Leapfrog louco, mesmo que eles simplesmente nos descartem totalmente, prestarão atenção ao problema da segurança se o ouvirem de seus pacientes. Então, espero que os pacientes se dirijam ao hospital e exerçam pressão sobre os médicos para elevar a prioridade das iniciativas de segurança no hospital. Então, vemos muitas alavancas e ouvimos todos os dias consumidores que parecem estar puxando essas alavancas. A maioria dos consumidores

não tem conhecimento nem sobre a variação entre os hospitais em temas de segurança, nem sobre algumas coisas que podem dar errado em um hospital. A maioria das pessoas não sabe muito sobre o que realmente acontece em um hospital. Eu estava falando sobre algumas de nossas pontuações com minha mãe. Eu disse algo como se estivéssemos avaliando objetos estranhos deixados no corpo depois da cirurgia, e minha mãe apenas me olhou e ela disse: “Espere um minuto, isso pode acontecer?”. Ela ficou atordoada. E ela é uma pessoa muito bem versada e intelectual, mas

ela não sabia nem pensou nisso antes. Então, às vezes, os consumidores leem a nossa lista de medidas e ficam espantados apenas pela lista, e quanto mais sobre o desempenho dos hospitais em relação às medidas.

RW: Você está em uma interface única entre lideranças e pessoas muito bem-sucedidas em uma linha de trabalho, líderes empresariais e pessoas muito bem-sucedidas na área da saúde. Você poderia nos dizer algo sobre o outro mundo que eles não entendem ou os equívocos que as pessoas da área da saúde



têm sobre os empresários e os equívocos que os empresários têm sobre pessoas da área da saúde?

LB: Eu acho que as pessoas da área da saúde estão equivocadas sobre o fato de que os compradores realmente só se preocupam com o dinheiro. Bem, até certo ponto, os planos transmitem isso na mesa de negociação. Mas a minha experiência com os compradores é o oposto. Embora eles se preocupem com o quanto eles estão gastando com saúde, eles são absolutamente e extremamente focados na qualidade. Todo comprador com quem já conversei quer saber como descobrir como cuidar melhor do meu empregado?

Como protegê-los dos erros e lesões que estão descontrolados? O que posso fazer melhor?

Do ponto de vista puramente comercial, os compradores querem que seus funcionários se sintam felizes com seus benefícios de saúde. Isso torna sua empresa competitiva no recrutamento e na retenção de uma grande força de trabalho. Eles não serão competitivos se cortarem drasticamente os custos de saúde sem qualquer impacto na qualidade dos cuidados que os funcionários recebem. Os compradores não entendem como os hospitais pensam. Eles são inteligentes e experientes, mas acham a linguagem da saúde desconcertante. Isso ocorre porque a comunidade de políticas de saúde tem seu próprio jargão e sua própria linguagem, e muitos compradores apenas desistem. Eles

apenas querem delegar suas decisões de compras para os planos de saúde. E acho que isso foi um erro. O Leapfrog foi parcialmente criado exatamente para que compradores pudessem encontrar uma maneira de se comunicar de forma eficaz e direta com a comunidade de saúde.

Há uma oportunidade para compradores e hospitais, em particular, trabalharem juntos. Eu vi isso sendo introduzido pelo Hospital Virginia Mason e alguns outros hospitais onde eles usam técnicas de produção eficientes de certas indústrias. Eles aplicam-nas na configuração do hospital para melhorar a segurança e o desempenho. Eu vi apenas inovação e eficácia incríveis onde eu vejo essas parcerias ocorrerem. Espero que, à medida que crescermos, esse movimento de compradores se engaje mais diretamente com o sistema de saúde, e que possamos ver mais desses tipos de parcerias produtivas.

RW: Onde a senhora imagina o Leapfrog no futuro?

LB: O Leapfrog vai analisar a questão do uso excessivo. Esta é uma grande prioridade para os compradores e para nossos membros. Estamos explorando uma variedade de avenidas para que os compradores se envolvam no intuito de assegurar que seus funcionários estejam recebendo serviços adequados. Esse é o próximo horizonte para nós. Mas vamos continuar a tentar expandir entre os norte-americanos nossa marca sobre segurança e qualidade da atenção.